

STABILITÄT SCHIZOPHRENER SYNDROME
LANGZEITVERLAUF DER KRANKHEIT VON 30 PATIENTEN

Manfred Vonderschmitt

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München
Vorstand: Prof. Dr. H. Hippus

STABILITÄT SCHIZOPHRENER SYNDROME
LANGZEITVERLAUF DER KRANKHEIT VON 30 Patienten

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
MANFRED VONDERSCHMITT
aus
Herxheim

1985

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Hipplius

Mitberichterstatter: Prof. Dr. D. Ploog

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 08.01.1987

Druck: **UNIKOPIE**
Adalbertstr. 18
Einband: 8000 München 40
Tel.: 33 33 63

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1.0.0.0 EINFÜHRUNG	1
1.1.0.0 Einführende Bemerkungen zur Schizophrenie	1
1.2.0.0 Schizophreniebegriff	2
1.3.0.0 Klinische Diagnostik der Schizophrenie	5
1.4.0.0 Symptome, Untergruppen, Verlauf	5
1.5.0.0 Wandelbarkeit des Verlaufs	9
1.6.0.0 Zur Frage der Kerngruppe der Schizophrenie	11
1.7.0.0 Untergruppen, Wandelbarkeit des Verlaufs und prognostische Bedeutung	11
1.8.0.0 Globalentwicklung der schizophrenen Psychose	15
1.9.0.0 Krankheitsbeginn, Prognose und Endzustand	17
1.10.0.0 Entwicklung vom fünften Krankheitsjahr an	17
1.11.0.0 Allgemeine Bemerkungen zur Schizophrenieliteratur unter dem Gesichtspunkt der Thematik der Arbeit	19
2.0.0.0 METHODIK	21
2.1.0.0 Allgemeine Zielsetzung	21
2.2.0.0 Untersuchungsplan und angewandte spezielle Methodik	21
2.3.0.0 Spezielle Zielsetzung und Einzelthesen	25
2.4.0.0 Vergleich der klinischen Bilder unserer Patienten mit den Beschreibungen der LEONHARDSchen Untergruppen der Schizophrenien auf die klinischen Bilder	26
2.4.1.0 Systematische Schizophrenien	27
2.4.1.1 Hebephrenien	27

	Seite
2.4.1.2 Paranoide Schizophrenien	29
2.4.1.3 Katatonien	32
2.4.2.0 Unsystematische Schizophrenien	35
2.4.2.1 Affektvolle Paraphrenie	35
2.4.2.2 Kataphasie (Schizophasie)	36
2.4.2.3 Periodische Katatonie	37
2.5.0.0 Kritische Anmerkungen	38
3.0.0.0 KLINISCHER TEIL (Fallbeschreibungen)	40
3.1.0.0 Patientin A	40
3.2.0.0 Patient B	42
3.3.0.0 Patient C	43
3.4.0.0 Patient D	44
3.5.0.0 Patient E	47
3.6.0.0 Patient F	48
3.7.0.0 Patient G	49
3.8.0.0 Patient H	51
3.9.0.0 Patient I	52
3.10.0.0 Patient K	54
3.11.0.0 Patient L	57
3.12.0.0 Patient M	58
3.13.0.0 Patientin N	60
3.14.0.0 Patientin O	62
3.15.0.0 Patientin P	64
3.16.0.0 Patient Q	67
3.17.0.0 Patient R	70
3.18.0.0 Patientin S	72
3.19.0.0 Patientin T	74
3.20.0.0 Patientin U	76
3.21.0.0 Patient V	78
3.22.0.0 Patient W	80
3.23.0.0 Patientin X	82
3.24.0.0 Patient Y	84

	Seite
3.25.0.0 Patientin Z	86
3.26.0.0 Patient AA	88
3.27.0.0 Patientin BB	89
3.28.0.0 Patient CC	92
3.29.0.0 Patient DD	94
3.30.0.0 Patient EE	96
4.0.0.0 ERGEBNISSE	99
4.1.0.0 Allgemeine Daten	99
4.1.1.0 Katamnesedauer	99
4.1.2.0 Lebensalter zur Zeit der Nachunter- suchung	99
4.2.0.0 Anamnestiche und soziale Daten	100
4.2.1.0 Familiäre Belastungen (Nervenkrankheiten, Suizide)	100
4.2.2.0 Gestörte soziale Familienverhältnisse (Broken home)	101
4.2.3.0 Schulische Leistungen	101
4.2.4.0 Anamnestiche Daten zur prämorbidem Per- sönlichkeit	102
4.3.0.0 Langzeitentwicklung der schizophrenen Psychose	104
4.3.1.0 Erkrankungsalter bei Manifestation der Erkrankung	104
4.3.2.0 Zeitlicher Verlauf des Beginns der Er- krankung	105
4.3.3.0 Chronische Entwicklung innerhalb von sechs Monaten	105
4.3.4.0 Gravierende, subjektiv gewichtige Erleb- nisse in unmittelbarem zeitlichen Zusam- menhang mit der Erstmanifestation der Psychose beobachtet (befristet auf vier Wochen)	106

	Seite
4.3.5.0 Persönlich genannte Auslösefaktoren zur Zeit der ersten Aufnahme. Stichpunktartige Zusammenstellung	107
4.3.6.0 Persönlich genannte Auslösefaktoren zur Zeit der Nachuntersuchung	109
4.3.7.0 Einzelsymptome und Stabilität	110
4.3.7.1 Tabelle Symptome	112
4.3.8.0 Verlauf der schizophrenen Psychose	114
4.3.9.0 Hospitalisationshäufigkeit	114
4.3.10.0 Untergruppen	114
4.3.10.1 Untergruppen mittels anamnestischer Daten und unter dem Aspekt des Langzeitverlaufes	115
4.3.10.2 Untergruppen von Beginn der Erkrankung bis zum Ende des 5. Krankheitsjahres	116
4.3.10.3 Untergruppen ab dem 6. Krankheitsjahr bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung	118
4.3.10.4 Untergruppen aufgrund der eigenen Nachuntersuchungen	118
4.3.10.5 Gesamtverlauf und Untergruppen	138
4.3.11.0 Zeitlicher Verlauf und Verlaufsformen	139
4.4.0.0 Psychopathologische Zustände zur Zeit der Nachuntersuchung	139
4.4.1.0 Residualsymptome	139
4.4.2.0 Residualsymptomatik und Untergruppen	140
4.4.3.0 Arbeitsfähigkeit und Arbeitswille	140
4.4.4.0 Überwachungsbedürftigkeit	140
5.0.0.0 DISKUSSION	142
6.0.0.0 ZUSAMMENFASSUNG	152
7.0.0.0 LITERATURLISTE	161

1.0.0.0 EINFÜHRUNG

1.1.0.0 Einführende Bemerkungen zur Schizophrenie

In der psychiatrischen Krankheitslehre wird die Schizophrenie als endogene Psychose bezeichnet. Damit ist gemeint, daß die Ursachen der Krankheit noch unbekannt sind.

Seit nahezu einem ganzen Jahrhundert haben viele Forscher, wie beispielsweise KRAEPELIN, E. BLEULER, MEYER-GROSS u. v. a. mehr, sich über lange Zeit mit an Schizophrenie erkrankten Patienten beschäftigt und diese genau beobachtet. Und dennoch ist die Ätiologie und Pathogenese der Krankheit nach wie vor weitgehend unbekannt. Gerade diese Einsicht ermuntert die Forscher wahrscheinlich immer wieder von neuem, sich mit dem Thema Schizophrenie zu beschäftigen. Obgleich auch heute noch das Wort BLEULERS "was der schizophrene Prozeß ist, wissen wir nicht" gilt, wurde dennoch in den letzten 50 Jahren ein umfangreiches Wissen über die Symptomatik, die Therapie und den Verlauf der Schizophrenie zusammengetragen. Aber auch hier sind noch viele Fragen offen.

Eine kausale Therapie steht noch nicht zur Verfügung, auch finden sich viele Widersprüche in den Aussagen der Literatur bezüglich des Verlaufes und Ausganges der Krankheit.

Zunächst werde ich kurz auf einige wichtige Ergebnisse aus der umfangreichen Schizophrenieliteratur eingehen. Stütze ich mich dabei auch in der Hauptsache auf Ergebnisse M. BLEULERS (6, 7, 8, 9) so werde ich selbstverständlich auch Ergebnisse anderer, sich gerade mit dem Verlauf beschäftigende Forscher, erwähnen. Die vorliegende Arbeit richtet ihr Augenmerk ebenfalls auf den Verlauf der Schizophrenie.

Doch nicht nur die Fachliteratur beschäftigt sich mit dem Thema Schizophrenie, von Zeit zu Zeit findet dieses Thema auch Interesse in der Tagespresse. Daß aufgrund der Endogenität offensichtlich vielerlei Möglichkeiten gegeben sind, über eine derartige Psychose zu spekulieren oder Verbindungen hypothetisch herzustellen, zeigt beispielhaft ein Artikel des Psychiaters SIEGMUND W., der am 11. Februar 1984 mit der Überschrift "Märchen, Mythos, Wahngelbilde" in der SÜDDEUTSCHEN Zeitung zu lesen war. Darin richtet der Verfasser, ohne wissenschaftlichen Anspruch zu erheben, seinen Blick auf das Irrationale und Absurde im Märchen, Mythos und psychotischen Geschehen. Erklärend führt er dazu an, daß "die Ratlosigkeit und Gespanntheit angesichts unserer Spaltung der Welt in Gut und Böse" ein Thema ist, das sich bei schizophrenen Patienten immer wieder findet. Wie er glaubt, irrt das Denken des Schizophren im Zwiespalt zwischen Gut und Böse hin und her und sucht dann vergeblich ihn zu überwinden. Vertraut der Gesunde darauf, daß das Böse sich am Ende selbst vernichtet, "wie im Märchen die Hexe, die den Kopf in den Ofen steckt und ihren Tod selbst herbeiführt", so bohrt der Geisteskranke aufgeschreckt und zerrissen jedoch weiter. Als Beispiel führt SIEGMUND dazu den Fall an, wo ein Kranker seine Schwester erschlug, damit die, wie dieser verkündete: "Jung und in Unschuld zu Gott gelangt!" Er hatte die endlos-irre Frage, was denn gut sei und was böse, nicht länger ertragen können.

1.2.0.0 Schizophreniebegriff

Ob schizophrenes Leben Gesunden nicht fremd und nicht durch einen Krankheitsprozeß geschaffen ist, vielmehr ein Leben ist, das verborgen auch dem Gesunden zukommt,

wie es M. BLEULER postuliert und erklärend dazu in seiner Monographie (6) noch schreibt: "Der Schizophrene ist nicht krank, weil er auf eine neue Art erlebt und lebt, sondern weil bei ihm inneres Leben im Alltag zum Ausdruck kommt, das beim Gesunden verborgen bleibt", ist eine Feststellung, die zu verifizieren doch zumindest schwierig erscheint. Oder aber "das Ganze, das wir Schizophrenie nennen, ist Ausdruck einer verhängnisvollen Abwandlung jener geheimnisvollen Endogenität des Psychophysischen, der hirnatrophische Befund zunächst nur statistisches Korrelat dieser in ihrem Geschehenscharakter nur bruchstückweise bekannten Abwandlung", wie man im Vorwort bei HUBER (20) lesen kann.

Ausführlicher dagegen beschreibt M. BLEULER im Handbuch (7) "das Wesentliche zur Charakterisierung schizophrener Geisteskrankheiten" in 14 Thesen so:

"1. Unter einer Schizophrenie versteht man eine Störung, die vorübergehend oder dauernd als Psychose, als Geisteskrankheit, populär als eine Verrücktheit, gekennzeichnet ist: ohne Psychose keine Schizophrenie."

"2. Im Verlauf einer Schizophrenie kann der Grad der Krankhaftigkeit schwanken. Krankhafte Äußerungen können vorübergehend zurücktreten, die Krankheit kann sich bessern oder sie kann ausheilen. Die Vorbedingung "Geisteskrankheit" zur Annahme einer Schizophrenie muß nicht dauernd gegeben sein. Es genügt, wenn sie während einer Zeitphase einmal gegeben war."

3. Schizophrenien sind Störungen, "die erst im Laufe des Lebens beginnen..."

In den folgenden vier Sätzen nennt M. BLEULER Psychosen, die er nicht zu den Schizophrenien rechnet und führt dazu aus, "daß alle jene intellektuellen Störungen, die wir bei schweren und diffusen Veränderungen der Hirnfunktion oder -struktur finden, bei Schizophrenen fehlen: je-

de primäre Gedächtnisstörung und insbesondere eine Störung des Frischgedächtnisses und ebenso die Verarmung von Ideenshaft und intellektuellen Gestaltungsvermögen. Diese Störungen sind auch den schwersten schizophrenen Zuständen, die man Demenz genannt hat, nicht eigen."

Anschließend führt er die positiven psychopathologischen Kennzeichen schizophrener Psychosen aus:

"8. Die Schizophrenien sind in erster Linie durch das erstaunliche Nebeneinander von grob-psychotischem und gesundem psychischen Leben gekennzeichnet." Ebenso bleibt "das Gesunde und reiches inneres Leben" dem Schizophrenen eigen.

In der 9. These postuliert M. BLEULER, daß "die Hauptkennzeichen der Schizophrenien in der schizophrenen Zerfahrenheit, der schizophrenen Veränderungen des Gefühlslebens und in der schizophrenen Depersonalisation" liegen. Und damit eine Schizophrenie angenommen werden kann, müssen eben diese Veränderungen im Rahmen einer Psychose auftreten. Allerdings sind diese erst dann "von entscheidener Bedeutung, wenn gesundes Leben neben ihnen erkennbar ist. Fehlen jedoch Zerfahrenheit, typische Affektveränderungen und Depersonalisation, so ergeben sich nach M. BLEULERS Meinung "kaum unüberwindliche Bedenken für die Annahme einer Schizophrenie."

Vielerlei weitere psychopathologische Erscheinungen, die als "akzessorisch" bezeichnet werden können, treten "gewöhnlich" im Verlaufe schizophrener Psychosen auf. So beispielsweise Illusionen, Halluzinationen von Wahrnehmung und Gedächtnis, Wahnvorstellungen und katatone Symptome. Aber "all diese Erscheinungen kommen nicht nur bei Schizophrenen und bei Schizophrenen nicht immer vor."

Die Punkte 11 bis 13 beinhalten Angaben zur Häufigkeitsverteilung der präpsychotischen Persönlichkeit, Körpergestalt und Familienbild schizophren erkrankter Personen.

Im letzten Leitsatz M. BLEULERS Charakterisierung "des Schizophreniebegriffs des heutigen Kliniklers" zählt er einige, nicht statistisch gesicherte Sachverhalte auf.

1.3.0.0 Klinische Diagnostik der Schizophrenie

Dazu nimmt M. BLEULER auch im Handbuch (7) Stellung. Er betont, daß man bis auf wenige Ausnahmen auch heute noch nicht in der Lage ist, die gewaltige Zahl schizophrener Psychosen nach ätiologischen Gesichtspunkten zu ordnen. Dies sei einerseits Grund genug für ihn, in Zukunft nicht mehr von der Mehrzahl Schizophrenien, sondern nur noch von einer einzigen Krankheit Schizophrenie zu sprechen. Andererseits berechtigten andere Überlegungen, wie z. B. symptomatologische Untergruppen zu bilden oder zum Nutzen für die zukünftige Forschung, am Gebrauch des Plurals Schizophrenien festzuhalten.

Am Ende seiner allgemein gefaßten Ausführungen zur richtigen Diagnosestellung schizophrener Erkrankungen, kritisiert M. BLEULER, daß "die jungen Kollegen die Bedeutung der ersten Gespräche und "Untersuchungen"" mit Schizophrenen "nicht ganz" erfaßten. Dieser "beklemmende Eindruck" habe sich ihm "beim Durchblättern" von Krankengeschichten ergeben, die ihm während vieler Jahre zu Tausenden "durch die Hände gegangen sind."

1.4.0.0 Symptome, Untergruppen, Verlauf

Das auch heute noch übliche Vorgehen, nach der Diagnose Schizophrenie eine zweite, symptomatologische Diagnose, "gewöhnlich lautend auf Katatonie, Paranoid, Hebephrenie oder Schizophrenia simplex" zu stellen, ist M. BLEULERS

Ansicht nach, nur in typischen Fällen nützlich. Wie er nämlich schreibt, gibt es zwar "Schizophrenien, die sich eindeutig in eine dieser Gruppen einfügen, aber es gibt noch mehr Schizophrenien, bei denen dies nicht der Fall ist. Oft paßt die Symptomatologie eines Kranken ebenso gut oder ebenso schlecht in das Lehrbuch-Bild der einen oder anderen Unter-Diagnosen. Demgemäß kommt es häufig vor, daß man in Krankengeschichten, die verschiedene Ärzte führten, ein und denselben Kranken in ein und demselben Zustand das eine Mal als kataton, das andere Mal als Paranoiden und das dritte Mal als Hebephrenen abgestempelt findet. Außerdem kann das Befinden eines Kranken rasch wechseln."

M. BLEULER hält die Unterteilung der Schizophrenien nach dem Verlauf für bedeutungsvoller, als die alte symptomatologische Unterteilung, denn "über 90%" ließen sich zwanglos in eine seiner aufgeführten Verlaufsformen einordnen. Ausführlicher berichtet er darüber in seiner Monographie (6). Hier unterteilt er die Verlaufskurven Schizophrener in drei Hauptgruppen, nämlich in einfache, wellenförmige und atypische Verläufe. Diese wiederum gliedert er noch in verschiedene Typen. In einer Übersicht listet M. BLEULER deshalb diese Verlaufskurven auf, stellt sie graphisch dar und vergleicht dabei die Ergebnisse des Untersuchungsgutes von 1941 und die seiner eigenen langjährigen Untersuchungen. Dabei belegen die angeführten Prozentzahlen mit Standardabweichungen der Tabelle 48 (Die schizophrenen Geistesstörungen. Stuttgart 1972) die folgenden drei definierten Kriterien, die vor allem auch prognostische Aussagen enthalten:

A Grenzwerte der Befunde am Erfahrungsgut von 1941

B Befunde am Erfahrungsgut der vorliegenden Untersuchung aller Probanden. Diese Befunde erlauben Schlüsse auf

die Prognose aller Schizophrenien bei einer Klinik-
aufnahme

- C Befunde am Erfahrungsgut der vorliegenden Untersuchung:
an allen Probanden, die als erstmals Hospitalisierte Pro-
banden wurden, und an allen Geschwistern der Probanden.
Diese Befunde erlauben Schlüsse auf die Prognose jeder be-
ginnenden Schizophrenie, soweit sie so schwer ist, daß
der Kranke mindestens einmal in seinem Leben hospitali-
siert werden muß

I. Einfache Verläufe

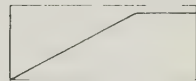
1. Akut zu schwersten »Endzuständen«
(zu »Verblödung«)

A 5-18 %
B 1 % $\pm$ 0,69
C 0



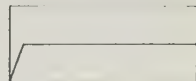
2. Chronisch zu schwersten »Endzuständen«
(zu »Verblödung«)

A 10-20 %
B 12 % $\pm$ 2,27
C 8 % $\pm$ 2,44



3. Akut zu mittelschweren und leichten
»Endzuständen« (zu »Defekt«)

A kaum über 5 %
B 2 % $\pm$ 0,97
C 4 % $\pm$ 1,75



4. Chronisch zu mittelschweren und leichten
»Endzuständen« (zu »Defekt«)

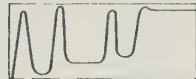
A 5-10 %
B 21 % $\pm$ 2,94
C 20 % $\pm$ 3,61



II. Wellenförmige Verläufe

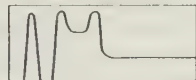
5. Wellenförmig zu schwersten »End-
zuständen« (zu »Verblödung«)

A kaum über 5 %
B 2 % $\pm$ 1,99
C 3 % $\pm$ 1,53



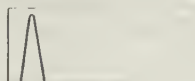
6. Wellenförmig zu mittelschweren und
leichten »Endzuständen« (zu »Defekt«)

A 10-40 %
B 27 % $\pm$ 3,1
C 22 % $\pm$ 3,73



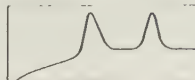
7. Wellenförmig zu Heilung

A 25-35 %
B 22 % $\pm$ 2,89
C 39 % $\pm$ 4,39



III. Atypische Verläufe

A um 5 %
B 4 % $\pm$ 1,17
C 4 % $\pm$ 1,76



Ein wesentliches und deshalb nennenswertes Ergebnis BLEULERS scheint mir, daß jeder seiner Verlaufstypen im Laufe der Jahre einmal in einen anderen übergehen kann, wenngleich solche Übergänge Ausnahmen darstellten. Dennoch postuliert er vielmehr Stabilität des Krankheitsprozesses, wenn er schreibt: "In der überwiegenden Mehrzahl bleibt der sich nach wenigen Jahren abzeichnende Verlaufstypus bestehen."

Zum Ausgang schizophrener Psychosen stellt er im Vergleich zu statistischen Publikationen heute die Tendenz fest, daß solche, "die in langdauernde stabile Zustände übergehen", immer seltener wurden, wogegen die leichten Zustände an Häufigkeit zunahmen.

Überzeugt von der primären Bedeutung von Gespaltenheit und Autismus schizophrener Kranker, was E. BLEULER (3) erstmals im Jahre 1911 postulierte, resümiert er im Handbuch (7) wie folgt: "...Die schizophrenen Symptome sind - derart betrachtet - Ausdruck der autistischen Auseinandersetzung mit der eigenen Gespaltenheit und Ausdruck des forcierten Versuchs, nach einem selbst konzipierten Weltbild in der wirklichen Welt zu leben."

Mangel an Initiative, an innerer Spannkraft und Lebendigkeit, als adynamisches Verhalten lassen sich M. BLEULERS Meinung entsprechend zwar bei vielen schizophrenen Erkrankten "nach Abklingen aller farbigen psychotischen Symptome" finden, doch sind diese größtenteils "verständliche Reaktionen auf die durchgemachte Krankheit" und nicht Krankheitsreste. Denn je intensiver man einen geheilten Kranken untersucht, desto genauer lernt man ihn kennen, so daß "immer mehr "Krankheitsreste" normalpsychologisch verständlich werden."

1.5.0.0 Wandelbarkeit des Verlaufs

Nicht nur von der Heilung Schizophrener ist M. BLEULER überzeugt, sondern auch von der Wandelbarkeit des Verlaufs schizophrener Psychosen. Allerdings habe man bis heute erst entdeckt, daß sich der Verlauf vieler Schizophrenien unter vielen Umständen beeinflussen läßt. Am aufschlußreichsten in diesem Zusammenhang sei die Tatsache, daß "gute Behandlung und Pflege den Verlauf von Schizophrenien günstig, schlechte Behandlung und Pflege ungünstig beeinflussen."

Ergebnisse eigener Untersuchungen und eigener klinischer Erfahrung wie auch Ergebnisse der umfangreichen Literatur, drückt M. BLEULER in fünf Sätzen so aus:

"1. Fast immer läßt sich der Zustand eines unbehandelten Schizophrenen durch geeignete Behandlung bessern und durch ungeeignete Behandlung verschlimmern." Einschränkung schreibt er jedoch an anderer Stelle, daß sich nicht jeder Schizophrene bessern läßt und auch gelegentlich Schizophrene unter schlechter Behandlung heilen oder sich bessern.

"2. Unter der in der Mitte dieses Jahrhunderts gebräuchlichen Therapie verwandeln sich häufig chronische Verläufe von Schizophrenien in wellenförmige. Häufiger als früher treten Besserungen und Heilungen, aber auch Rückfälle mit der Notwendigkeit zu neuen Hospitalisierungen auf."

Die weiteren drei Sätze, die dann im Handbuch folgen und auf die er in seiner Monographie näher eingeht, geben M. BLEULERS Meinung wieder. So schreibt er im dritten Satz: "Als "Katastrophen-Schizophrenien" hat man Schizophrenien beschrieben, die akut beginnen und ohne Remission in schwerste lebenslängliche psychotische Zustände übergehen. "Katastrophen-Schizophrenien" kommen unter guter Behandlung Schizophrener seit Mitte unseres Jahrhunderts kaum

mehr vor."

Auch HUBER (26) kann bei seinem Verlaufstyp XII, nämlich schubförmig oder einfach zu typisch schizophrenen Defektpsychosen nur noch 4% dieser Katastrophenschizophrenien, also schizophrene Psychosen die innerhalb der ersten drei Krankheitsjahre in schweren und endgültigen Zerfall übergehen, feststellen. Und da eben entsprechend BLEULERS Beobachtungen diese Verlaufsform schizophrener Erkrankter so selten geworden ist, hegt er die Hoffnung, diese "seien am Verschwinden." Ausführlicher schreibt er darüber in seiner Monographie (6) und behauptet dort, diese Form sei nur noch durch schlechte Therapie möglich. Übrigens macht er, neben weiteren äußeren Umständen, schlechte Behandlung auch für das Zustandekommen derjenigen schwersten chronischen schizophrenen Zustände - der Endzustände, entstanden in einer oder mehrerer akuter Episoden - verantwortlich. Entsprechend seiner Erwartung entstehen sie "bei richtiger Behandlung" aber erst gar nicht.

Beobachtungen an elf seiner 208 schizophren Erkrankten, die nach ihrer ersten Hospitalisierung bis zum Tode oder bis zum Ende der Beobachtungszeit, somit mehr als 22 Jahre, nicht mehr entlassen werden konnten, lassen BLEULER (6) vermuten, daß eine Dauerhospitalisierung nach einer ersten stationären Aufnahme vermeidbar ist, sofern der Kranke langdauernd, aktiv und intensiv behandelt wird und "wenn Angehörige und Fürsorgedienste hingabe- und opferbereit den Rückweg ins freie Leben bahnen." Zwar mußte auch er drei jener elf Beobachteten in die Gruppe der "Katastrophen-Schizophrenien" einreihen, diese seien jedoch "Artefakte", die zu vermeiden wären. Jedenfalls, so stellt M. BLEULER fest, sind nach 20-jährigem Verlauf weniger schizophren Erkrankte hospitalisierungsbedürftig, als tatsächlich hospitalisiert sind.

1.6.0.0 Zur Frage der Kerngruppe der Schizophrenie

Wie M. BLEULER feststellt, hat zum einen "die Anzahl schizophrener Psychosen, die nach einer oder nach mehreren akuten Phasen in dauernde völlig Heilung übergehen, im Vergleich zur Anzahl aller Schizophrenien unter den Fortschritten der Therapie der letzten Jahrzehnte nicht abgenommen" und andererseits "die Anzahl schizophrener Psychosen, die nach einer oder mehreren akuten Phasen in dauernde völlige Heilung übergehen" trotz erzielter Behandlungsfortschritte in den letzten Jahrzehnten nicht zugenommen.

Natürlich stellt sich nun unweigerlich die Frage, ob nicht gerade "die schleichend beginnenden, geradlinig in lebenslängliches Siechtum ausmündenden Schizophrenien" eine autarke, nicht zu beeinflussende "Kerngruppe" bilden. Doch vielerlei spricht M. BLEULERS Meinung nach gegen eine derartige Annahme. Familienforschung, die leichtere Behandlung akut psychischer Veränderungen, auch der Einfluß unglücklicher Kindheitsverhältnisse sprechen u. a. dagegen.

Günstig wirkt sich auf den Krankheitsverlauf hospitalisierter Patienten aus, so M. BLEULER, wenn sich die Angehörigen um sie kümmern und ihnen Liebe und Fürsorge zukommen lassen.

1.7.0.0 Untergruppen, Wandelbarkeit des Verlaufs und prognostische Bedeutung

Von der vielbeschriebenen "prognostischen Bedeutung der Symptomatologie eines schizophrenen Krankheitsbildes" hält M. BLEULER nichts. Im Handbuch (7) schreibt er dazu nämlich: "Die Einteilung in die allbekannten Unterformen hat keinen prognostischen Wert." Und zwar nicht

zuletzt deshalb, weil eine eindeutige Zuordnung in die geläufigen Untergruppen paranoid, hebephren oder kataton nur bei den wenigsten Schizophrenen möglich ist. Bezugnehmend auf die Ergebnisse seines Vaters E. BLEULER (3), der dafür hielt, daß diese Krankheit sowohl stillstehen, zurückgehen oder fortschreiten kann, betont auch er in seiner Monographie (6), daß auch seine Verlaufsbeobachtungen Vergleichbares zeigten. Denn wie er meint, können sich im Laufe der Jahre bei ein und demselben Kranken häufig die verschiedensten schizophrenen Zustände einstellen. Vielfalt und Buntheit führen deshalb dazu, daß sich somit hebephrene, katatone oder paranoide Zustände abwechseln bzw. folgen.

Dies gelte auch für die Schizophrenia simplex, einer Form, der WYRSCH (53) jegliche Periodizität und alles Schöpferische abspricht und bei der die Kranken ein Bewußtsein ihrer Veränderung wie auch eine entsprechende Einstellung vermissen läßt.

CORNU (14), der ebenso wie später auch M. BLEULER, der Meinung ist, daß die einzelnen Unterformen während des Verlaufs ineinander übergehen können und lediglich dem Paranoid als einziges Zustandsbild "eine gewisse Konstanz" zugesteht, ging anhand katamnestischer Erhebungen der Frage nach, "wie oft und welcher Art sich das ursprüngliche Erscheinungsbild der Schizophrenia simplex im weiteren Verlauf in ein anderes gewandelt hat." Dabei fand er, daß fünf seiner 27 Beobachteten nach durchschnittlich zehn Jahren aus der ursprünglichen Form der einfachen Schizophrenie in eine andere Unterform übergingen. Die meisten der übrigen Fälle, die nicht in ein anderes Zustandsbild wechselten, endeten nach chronischem Verlauf in einem leichten Defekt.

Bestätigen konnte also auch er, was WYRSCH postulierte,

nämlich, daß die einzelnen Unterformen in langjährigem Verlauf ineinander übergehen können, wenn auch nur für die Schizophrenia simplex.

M. BLEULER, beeindruckt von der Wechselhaftigkeit der Zustandsbilder vielmehr als von deren Konstanz, nahm deshalb keine entsprechende Zählung dieser Unterformen vor, da, wie er meint, in den meisten Fällen eine solche Einteilung nur willkürlich entschieden werden kann, denn "die überwiegende Mehrzahl zeigt eine gemischte Symptomatik und Krankheitsphasen mit verschiedenen Bildern." Er selbst konnte dementsprechend auch nur wenige seiner 208 beobachteten Probanden einer jener Untergruppen zuteilen. In diesem Zusammenhang sollte auch nicht unerwähnt bleiben, daß Hebephrenie wie auch Schizophrenia simplex bei entsprechend langer Beobachtungsdauer immer seltener werden, wie M. BLEULER (6) feststellt.

In gleicher Schärfe, nimmt auch HUBER (26) zu den Unterformen der Schizophrenie, hebephrene, katatone und paranoid-halluzinatorische Form, wie sie durch die WHO (World Health Organization) im ICD (International Classification of Diseases) festgelegt sind, Stellung. Er behauptet nämlich, daß die Syndrome, also Symptomenverbände, aufgrund derer diese Unterformen gebildet wurden, ineinander übergehen, sich kombinieren, nacheinander oder in wiederholtem Wechsel erscheinen können. Die den "Untergruppen charakteristischen Symptome" sind wie er meint, in der Mehrzahl der Verläufe schizophrener Kranker in initialen und auch noch in späteren Stadien erheblichen Schwankungen unterworfen. Die Mehrzahl zeigt irgendwann im Verlauf neben paranoiden (wahnhaften) und halluzinatorischen, katatone, hebephrene und coenästhetische Bilder wie auch reine Basis- und Residualsyndrome. Eine Zuordnung zu einer jener Untergruppen aufgrund führender Syndrome könnte man bei der Be-

trachtung des Gesamtverlaufs nur in den seltensten Fällen feststellen. Auch beobachtete er, daß die zum Beweis einer Schizophrenie notwendigen Symptome nur "in passageren Exazerbationen" auftreten, sind doch die uncharakteristischen Verlaufsstrecken gegenüber den für die Schizophrenie typischen, bei weitem häufiger zu beobachten, sofern man langjährige Verläufe untersucht. Ebenso sah sich auch JANZERI (30), der seine Feststellungen an 100 untersuchten Kranken gewann, nicht in der Lage, eine wohlabgegrenzte Typologie aufzustellen. Vielmehr, so hebt er hervor, sind proliferierte Typen in einem durchschnittlichen Untersuchungsgut keineswegs die Regel, sondern Ausnahmen. Nicht von der Konstanz, dagegen von der Wandelbarkeit sei auszugehen.

CIOMPI und MÜLLER (12), von denen eine der letzten großen angelegten katamnästischen Studien stammt, konnten ca. 90% ihrer Untersuchten (in der überwiegenden Mehrzahl Schizophrene, die seit langer Zeit aus der Anstalt entlassen waren) bei der Erstaufnahme eindeutig den klassischen Untergruppen zuordnen. 50,2% all dieser Patienten waren dabei paranoid, 21,5% kataton, 7,6% hebephren, 8,7% schizo-affektiv und 2,4% ließen sich der Gruppe der Schizophrenia simplex zuordnen. Bei ihren Nachuntersuchungen im Alter fanden sie allerdings eine völlige Veränderung dieser diagnostischen Verteilung. Abgesehen von 15,2% aller Fälle, verwischten sich bei allen übrigen Untersuchten, die in der Initialphase zweifelsfreien ersichtlichen Unterschiede der schizophrenen Untergruppen. Unter Einfluß des Alters traten zum einen bei mehr als der Hälfte unspezifische Residualzustände und zum anderen bei ca. einem Viertel der Untersuchten Heilung im Sinne von M. BLEULER ein. Die Tatsache also, daß bei der Großzahl ihrer Nachuntersuchten als typische Altersveränderung eine Verwischung der zuerst eindeutig schizophrenen Untergruppen letzt-

endlich zugunsten von "mehr oder weniger unspezifischen Misch- und Residualzuständen" zurücktritt, unterstreichen sie, wenn sie feststellen:" Die Grenzen zwischen den verschiedenen Untergruppen treten zurück zugunsten von heterogenen Elementen, die im Laufe der Zeit auftreten und auch wieder verschwinden können. Zuletzt finden wir dann meist weitgehend stabilisierte "Endzustände", in denen nicht bestimmte typische "Sekundärsymptome", sondern in bald leichter, bald schwerer Ausprägung so gruppenunspezifische Züge wie eine allgemeine Verflachung und Versandung, ein affektiver Rückzug in - zumindest - scheinbare Indolenz und Indifferenz bei Weiterbestehen zum Beispiel von Wahnresten, Halluzinationen, Manirismen, Stereotypien oder anderen mehr oder weniger katatoniformen, depressiven, maniformen Symptomen das Krankheitsbild prägen."

Und obgleich CIOMPI und MÜLLER (12) davon überzeugt waren, daß bei langen Verlaufsbeobachtungen die einzelnen Unterformen relativ häufig von der einen in die andere übergehen und im Querschnitt eine sichere Abgrenzung ihnen bei eigenen Untersuchungen häufig zweifelhaft erschien, prüften sie dennoch, ob und in welcher Art Beziehungen zwischen günstigen bzw. ungünstigen Verlaufstendenzen und den diagnostischen Untergruppierungen der schizophrenen Psychose bestehen. Sie fanden dabei im Alter bei zu Beginn der Erkrankung katatonen, in Ansätzen auch bei atypischen Mischbildern, deutlich bessere Spätverläufe, bei paranoid beginnenden und seinerzeit "einfachen Schizophrenien" eine Tendenz zu ungünstigen Langzeitverläufen.

1.8.0.0 Globalentwicklung der schizophrenen Psychose

Schon im Jahre 1961 erklärte HUBER (20), daß ein pro-

gradientes Fortschreiten, demzufolge also eine Irreversibilität der schizophrenen Psychose, ein defektuöser Zustand, nur bezüglich des Verlustes "an energetischem Potential" festgestellt werden kann. Er hebt hervor, alle anderen schizophrenen Erscheinungen seien reversibel und restitutionsfähig. Auch könnten sich eben wie bei bestimmten Defekttypen grundsätzlich bei allen Verlaufstypen in gewissen Zeitabständen die positiven produktiven Erlebnisse, Störungen der Psychomotorik und des Ausdrucks, "welche die jeweils besondere - paranoide, katatone, hebephrene - Gestaltung bedingen", fehlen. Deswegen ließe sich außer dem genannten Potentialverlust, der dann den Defekt bestimmt und sich vorzugsweise "in herabgesetzter emotionaler Ansprechbarkeit und der Einbuße an elementaren Antriebsqualitäten" äußert, weiter nichts Sicheres für die Diagnose Schizophrenie finden. Ähnliche Feststellungen zur Globalentwicklung der schizophrenen Psychose treffen auch M. BLEULER (6, 7, 8) und CIOMPI und MÜLLER (12), wobei letztere sogar für noch eine größere Anzahl von Nachuntersuchten, nämlich ca. 90%, einen weitgehend stabilisierten Zustand feststellten. Diese gehen sogar noch weiter und formulieren ganz allgemein, "daß viele früher Schizophrene im Alter "normaler" werden."

Derartige Spätbesserungen, wie sie die genannten Forscher in ihren katamnestischen Erhebungen immer wieder unter Beleuchtung vielerlei Gesichtspunkten betont hervorheben, zweifelt LAWTON (34) zwar nicht an, doch will er nicht die dafür angeführten Zusammenhänge akzeptieren. Vielmehr resultieren für ihn diese Spätbesserungen aus einer besseren Anpassungsfähigkeit aufgrund schwindender Vitalität und Sthenizität.

1.9.0.0 Krankheitsbeginn, Prognose und Endzustand

Von entscheidender Wichtigkeit für die Prognose schizophrener Krankheitsverläufe hält M. BLEULER (6, 7, 8, 9) vielmehr "die Beachtung des Krankheitsbeginns und des bisher beobachteten Krankheitsverlaufs." Genesen auch die meisten akut Erkrankten wieder, ganz oder größtenteils, nur für eine Zeitspanne oder sogar dauernd, wie er schreibt, so läßt sich dies bei chronisch Kranken nur bei einem kleinen Teil feststellen. Und damit läßt sich also von der Kenntnis des Verlaufs eines schizophrenen Kranken über einige Jahre die Weiterentwicklung der Krankheit mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit vorhersagen. Dies bedeute also, daß sich beispielsweise bei einem Kranken nach mehreren akuten Phasen, die wieder abklingen, nur wieder solche akuten Phasen einstellen werden und nicht etwa eine schwere chronische Psychose. Umgekehrt wird sich, wie M. BLEULER schreibt, "eine spätparanoide Psychose nach schleichendem Beginn", die jahrelang in etwa das gleiche Bild bot, kaum später noch in Form einer erheblichen Verschlimmerung oder einer akuten Episode und ebensowenig in Form einer Heilung verändern.

1.10.0.0 Entwicklung vom fünften Krankheitsjahr an

In einem Kapitel mit der Überschrift "Der lange Verlauf an eigenen statistischen Untersuchungen beurteilt" referiert M. BLEULER im Handbuch (7) eigene Erkenntnisse, gewonnen an 208 schizophrenen Patienten, die er über den Zeitraum von 20 Jahren beobachtete.

Repräsentativ hält er seine Ergebnisse für alle im Kanton Zürich zu Beginn der vierziger Jahre hospitalisierten Patienten, mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit auch für all jene Schizophrene, "die um die Mitte dieses

Jahrhunderts in recht geführten Kliniken von Europa und Nordamerika aufgenommen wurden". In Frage stellt er allerdings die Übertragbarkeit seiner Ergebnisse auf Schizophrene, "die außerhalb dieses zeitlichen und örtlichen Rahmens erkrankten."

Größte Bedeutung seiner Verlaufstudie, so BLEULER, kommt dem Ergebnis zu, "daß sich im Durchschnitt die schizophrenen Psychosen vom 5. Jahre nach Krankheitsbeginn an nicht mehr verschlimmern, sondern daß sie in der Folge eher zur Besserung neigen." Steht diese Erkenntnis auch in großem Gegensatz zu allen früheren üblichen Auffassungen und auch heute noch vielerorts anderslautenden Meinungen über das Wesen der Schizophrenien, so besteht M. BLEULER dennoch auf der Richtigkeit dieser seiner Erkenntnis. Auch was das individuelle Befinden Schizophrener anbelangt, stellt sich selbst nach mehr als 20 Jahren kein stabiler Zustand ein, d. h. erreichen schizophrene Kranke im Verlauf ihrer Krankheit also "keinen Endzustand im Sinne einer völligen Versteinerung ihrer Psychose", eben keine stabile Verblödung. Vielmehr zeigten viele Schizophrene "selbst nach Jahrzehnten akute Veränderungen, Verschlimmerungen, Neuerkrankungen, Besserungen und Heilungen. Bei jenen, die einen langdauernden Zustand ohne dramatische Änderungen zeigen, sind bei genauer Kenntnis doch noch oft wichtige Veränderungen festzustellen, und zwar - nach Jahrzehnten! - häufiger Besserungen als Verschlimmerungen." Stellt BLEULER noch deutliche Besserungen bei mindestens einem Drittel unter den sogenannten "Chronikern" gegen Schluß der Beobachtungen fest, so betrafen diese jedoch ausnahmslos jene Gruppe schwerer chronischer Schizophrener, in deren Vorgeschichte auch akute Episoden, die sich vorübergehend wieder besserten, auftraten. Bei denjenigen schweren chronischen schizophrenen Psychosen, die ganz

allmählich sich in jahrzentelangem Verlauf entwickeln, konnte er dagegen keine wesentlichen Besserungen mehr feststellen. Übrigens bezeichnet M. BLEULER solche Patienten als schwer chronisch psychotisch, "die nur selten zusammenhängende und ohne weiteres verständliche Reden führen, nur im Rahmen der Arbeitstherapie unter guter Betreuung arbeiten und in bezug auf die Ernährung, die Sauberkeit, die Einteilung des Tagesablaufs der dauernden Pflege bedürfen."

Nach dem Befinden eines Schizophrenen am Ende der Psychose zu fragen, ist, wie BLEULER meint, erst gar nicht möglich, da sich diese Krankheit immerfort weiterentwickelt, nie also einen stabilen Zustand erreicht, nie zu einem Ende kommt. Schizophrene, so BLEULER, bleiben selbst nach jahrzehntelangem Krankheitsverlauf noch innerlich lebendig. Dramatische Veränderungen können immer wieder auftreten. Dabei seien bei diesen späten Veränderungen Besserungen viel häufiger als Verschlimmerungen.

1.11.0.0 Allgemeine Bemerkungen zur Schizophrenieliteratur unter dem Gesichtspunkt der Thematik der Arbeit

Berücksichtigt man leichte Schwankungen im Befinden eines an einer schizophrenen Psychose Erkrankten, so tritt auch dann kein endgültiger, bis zum Lebensende unveränderlicher Zustand ein, so M. BLEULER, wenn 20 Jahre oder mehr Jahre nach Ausbruch der Erkrankung vergangen sind und währenddessen schon ein fünfjähriger, einigermaßen stabiler Zustand eingetreten war. Denn "eine vollkommene Stabilität eines schizophrenen Dauerzustandes gibt es noch weniger als es eine vollkommene Stabilität der gesunden Persönlichkeit gibt." Allerdings schränkt BLEULER

ein, sind all jene chronischen Zustände in Einzelheiten des Verhaltens und in Feinheiten ihres Befindens auch noch so veränderlich, so kommt es doch selten vor, daß "nach vieljähriger Dauer eines im großen und ganzen stabilen Zustandes" - er selbst sah ca. drei Viertel seiner beobachteten Patienten nach zehn oder mehr Jahre in vieljährigem, einigermaßen stabilen Zustand ("darunter sind ein Viertel bis ein Drittel dauernde Heilung und nur ein Zehntel bis ein Fünftel schwerste chronische Psychosen. Die übrigen dauerhaften Zustände sind leichtere Psychosen.") - noch großartige Veränderungen eintreten. Dennoch, so BLEULER, erstaunliche Wechsel kommen vor, so daß in seltenen Fällen vieljährige schwerste stabile Zustände noch ausheilen können. Für Adynamie beispielsweise, die er als Ergebnis eines teilweise erfolgreichen therapeutischen Bemühens deutet, gilt seines Erachtens mit Sicherheit, daß sich hinter dieser ein reiches inneres Leben verbirgt, das es zu entdecken gilt. Selbst nach jahrzentelanger "Adynamie" könnten sich wieder Lebensenergien deutlich machen. Interessant auch die Auffassung M. BLEULERS, daß man aufgrund heutiger Erfahrung vermuten könnte, überlebten alle Schizophrenen "den natürlichen Ablauf der Krankheit, würden alle wieder gesund." Leider wird dieser "natürliche Verlauf" nicht näher erläutert. Jedenfalls postuliert M. BLEULER in seiner Monographie (6), kann nach unseren heutigen Kenntnissen keine Rede mehr davon sein, daß die Schizophrenen in Zustände auslaufen würden, die als endgültig anzusprechen wären. Und gerade diese Feststellung ist es, die sich wie ein roter Faden durch seine Monographie zieht und die er mit vielerlei Beobachtungen und Erklärungen zu beweisen versucht. Er bezieht sich dabei auf Behandlung, Familienforschung, soziale Stellung u. v. mehr.

2.0.0.0 METHODIK

2.1.0.0 Allgemeine Zielsetzung

Eine genaue Beschreibung der Phänomene des kranken Seelenlebens in der Umgangssprache bildet die Grundlage sowohl für Querschnitts- als auch Verlaufsuntersuchungen in der Psychiatrie. Deswegen bildet die Fallbeschreibung den Ausgangspunkt für die klinische Forschung, die sich auf psychopathologische Daten bezieht. Der Hauptteil unserer Arbeit besteht darin, in den Fallbeschreibungen sowohl die Daten aus der Krankengeschichte, als auch die Ergebnisse unserer Nachuntersuchung zusammenzutragen.

Um eine erfolgsversprechende Verlaufsuntersuchung durchzuführen, stellen wir vorab einige Anforderungen an unsere Arbeit:

1. Klare Definition des Schizophreniebegriffes.
2. Die globale Diagnose Schizophrenie stützt sich einzig und allein auf das psychopathologische Zustandsbild.
3. Ein weiteres Ziel war es, möglichst kontinuierlich den Verlauf aufzuzeigen und zwar durch alle zur Verfügung stehenden Unterlagen. Das Studium der Langzeitentwicklung wird somit sicherlich wesentlich erleichtert.

2.2.0.0 Untersuchungsplan und angewandte spezielle Methodik

Jetzt wollen wir aufzeigen, nach welchen Gesichtspunkten wir die Kasuistiken, die die Basis der vorliegenden Untersuchung bilden, aufgebaut haben und wie wir die dazugehörigen Patienten ausgesucht haben.

Bei der Auswahl der Patienten verfolgten Herr WAGNER und ich das Ziel, aus den hospitalisierten schizophrenen Pa-

tienten eine Zufallsstichprobe zu bestimmen. Dies war mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln und unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität der Durchführung unserer Arbeit nicht ohne weiteres möglich. Wir sind deswegen so vorgegangen, daß wir drei Häuser, in denen chronisch schizophrene Patienten behandelt werden, auswählten, die nach den Aussagen der Ärzte des Bezirkskrankenhauses Haar repräsentativ sind für die im ganzen Bezirkskrankenhaus behandelten schizophrenen Patienten. Herr WAGNER und ich schloßen uns zu einer Gemeinschaftsarbeit zusammen, wobei wir insgesamt 60 Patienten gemeinsam klinisch nachuntersuchten. Jeder von uns übernahm dann 30 Fallbeschreibungen.

Sämtliche Patienten wurden im Bezirkskrankenhaus nachuntersucht.

Die nachfolgende Beschreibung skizziert in chronologischer Folge unser methodisches Vorgehen.

1. Gestützt auf die aus der Krankengeschichte hervorgehende Globaldiagnose Schizophrenie, explorierten wir zunächst diese Patienten (1 Patient, 2 Untersucher). Somit konnten wir einen ersten Eindruck von den Patienten gewinnen, sie dabei kennenlernen und wenn möglich schon jetzt ein Vertrauensverhältnis herstellen.
2. Bestand aufgrund der Exploration kein Zweifel, daß der Patient die Aufnahmekriterien für die Übernahme in unsere Untersuchung erfüllte, so studierten wir eingehend die Krankengeschichte. Ausgeschlossen wurden von vornherein solche Patienten, bei denen aus den Krankenunterlagen hervorging, daß sie sicher oder wahrscheinlich an einer schweren hirnorganischen Erkrankung (z. b. Epilepsie, entzündliche Erkrankungen des Gehirns) litten oder aber eine Suchtkrankheit (Alkohol, Drogen) bestand.

3. Waren die geforderten Bedingungen gegeben, so explorierten wir, Herr WAGNER und ich, ein zweites Mal ausführlich die Patienten.

Zwar gestalteten wir das Gespräch so frei als möglich, mußten wir doch gelegentlich, um entsprechende Informationen und auch vergleichbare Auskünfte zu erhalten, die Führung der Exploration gezielt übernehmen. Da wir zu zweit waren, gelang es auch in den meisten Fällen, Ausschnitte aus dem Gespräch mitzuschreiben, ohne daß es auf den Patienten störend wirkte. Die am Ende jeder Exploration durchgeführte psychopathologische Überprüfung des Denkens war zum Zwecke besserer Vergleichbarkeit standardisiert. Einfach in der Formulierung stellten wir dabei Unterschiedsfragen zur Prüfung des kritischen, konkreten und abstrakten Denkens. Kombiniertes Denken, also die Fähigkeit zur Herstellung sachlicher Zusammenhänge, prüften wir mittels Dreiwortproben sowie Interpretationen von Sprichwörtern, wie z. B.: "Morgenstund hat Gold im Mund", "Wer nicht hören will muß fühlen", "Was Du nicht willst, was man Dir tut, das füg' auch keinem andern zu" oder "Wer andern eine Grube gräbt, fällt selbst hinein". Mit einigen Fragen zur Beurteilung des Alt- und Kurzgedächtnisses sowie wenigen leichten Rechenaufgaben beendeten wir dann diese Denküberprüfung. Sehr zeitaufwendig war auch die Beschreibung der Ergebnisse der Beobachtung jedes einzelnen Patienten, wobei wir besonderes Augenmerk auf Motorik, Gestik, Auftreten und Verhalten der Patienten richteten.

4. Der Explorationsniederschrift schloßen wir eine möglichst lückenlose Rekonstruktion des Verlaufes bis heute an und zwar in Form psychopathologischer, verlaufs- und sozialpsychiatrischer bedeutungsvoller Befunde anhand der Beschreibungen und Fakten der Krankenunterlagen.

Sämtliche vor, während und nach der Exploration gemachten Beobachtungen bezüglich des Patienten, wurden im Anschluß sofort schriftlich festgehalten.

5. Wo es möglich war, wurden zusätzlich noch Drittauskünfte von Schwestern, Pflegern und Ärzten eingeholt. Diese zusätzlichen Informationen wurden dann mit in die Fallbeschreibungen eingearbeitet.
6. Nach einem längeren Zeitraum dann folgte eine dritte psychopathologische Exploration der einzelnen Patienten in freier Form, diesmal zusammen mit Herrn Dr. STRAUß (3 Untersucher, 1 Patient).
7. Sodann wurden sämtliche Beobachtungen und Informationen im Hinblick auf die Ergebnisse in der Runde von den Untersuchern geprüft und einer definitiven Beurteilung zugeführt.
8. Abschließend verfaßte ich dann die endgültigen Fallbeschreibungen, die im klinischen Teil (3.0.0.0) zu lesen sind.

Die einzelnen Fallbeschreibungen beinhalten eine kurze Personenbeschreibung, Befunde insbesondere bezüglich Motorik und Gestik, des Auftretens und Verhaltens der Patienten und auch des Denkens.

Nach der Beurteilung der Auffälligkeiten von Denken, Erleben, Antrieb, Interesse, Affekt, Motorik und Kontaktfähigkeit, folgt ein ausführlicher Auszug aus der Krankenakte.

Jeder Fallbeschreibung folgt eine knappe Zusammenfassung, die den gegenwärtigen Zustand, den Verlauf und den Symptomenverlauf beschreibt, um dem Leser das Durcharbeiten der Arbeit zu erleichtern.

Wir sind davon überzeugt, daß unser Vorgehen - psychopathologische Exploration in freier Form, Einhalten einer festen Struktur beim Formulieren der Fragen, ein der je-

weiligen Situation flexibel angepaßtes Gespräch - allen anderen uns verfügbaren methodischen Möglichkeiten bei weitem überlegen ist.

2.3.0.0 Spezielle Zielsetzung und Einzelhypothesen

Das Vorhaben, den Verlauf und Ausgänge schizophrener Psychosen zu untersuchen, widersprüchliche Ergebnisse und hypothetische Feststellungen zu überprüfen, wirft u. a. nachfolgende Fragen auf:

1. Familiäre Belastung mit Psychosen, Primärpersönlichkeit, schulische Leistungen, Familienverhältnisse.
2. Langzeitentwicklung der schizophrenen Psychose: Beginn, Alter und Art der Erkrankung, Art des Verlaufes unter dem zusätzlichen Aspekt der Zeit, insbesondere Wandelbarkeit bzw. Stabilität, Verlaufstyp, prognostische Hinweise der Psychopathologie und sozialen Situation.
3. Sind das klinische Bild bestimmende psychopathologische Syndrome erkennbar? Wenn ja, bleiben sie stabil oder ändern sie sich während des Verlaufes?
4. Zahl der notwendigen psychiatrischen Hospitalisationen und Krankheitsepisoden.
5. Psychopathologisches Bild zur Zeit der katamnестischen Erhebung.
6. Überwachungsbedürftigkeit der Patienten.
7. Speziell gehen wir der Frage nach, ob sich aufgrund des Gesamtverlaufes auch retrospektiv Untergruppen herausheben lassen, die eindeutig aufgrund der Psychopathologie zu erkennen sind und wie diese sich im zeitlichen Verlauf gestalten.
8. Gibt es richtungsweisende Kriterien (Verhalten, Symptome

etc.) für eventuelle prognostische Aussagen?

9. Verlauf unter dem Aspekt der sozialen Entwicklung.

2.4.0.0 Vergleich der klinischen Bilder unserer Patienten mit den Beschreibungen der LEONHARDSchen Untergruppen der Schizophrenien auf die klinischen Bilder

Die Definitionen der Untergruppen nach K. LEONHARD sind wohl die ausführlichsten und weitgehendsten in der Schizophrenieliteratur beschrieben. Nicht zuletzt schon deshalb, weil die Untergruppenzuordnung von den meisten Forschern schizophrener Verlaufstudien kaum berücksichtigt wurden. Im folgenden werden wir deshalb in einer knappen Zusammenstellung die von LEONHARD genannten typischen Syndrome, wenn möglich in einer direkten Gegenüberstellung innerhalb der Untergruppen, auflisten. Die differenzierten Unterdiagnosen von KLEIST entsprechen meist denen von LEONHARD, wenngleich er diese häufig anders überschreibt. Aus diesem Grunde werden wir, wo nötig, die KLEISTschen Bezeichnungen in Klammern anführen. LEONHARD unterscheidet zwischen 16 systematischen Formen und drei unsystematischen Formen. Kombinationen läßt er nur innerhalb einer Untergruppe zu, nicht aber Kombinationsformen zweier verschiedener Untergruppen wie beispielweise Katatonie und Hebe-
phronie.

Tabelle

2.4.1.0 SYSTEMATISCHE SCHIZOPHRENEN

2.4.1.1 Hebephrenien

	Flache Hebephrenie	Autistische Hebephrenie
DENKEN	sachliche Unterhaltung möglich, nur fällt das verflachte Gefühlsleben auf; sachliches Verständnis; jeder Tatbestand wird sachlich berichtet.	auf Intelligenzfragen antworten sie kurz und oft unzureichend, weshalb man weniger von Denkschwäche, als mehr von Ablehnung und Desinteresse sprechen muß.
SPRACHE	alle Äußerungen ohne affektives Mitschwingen.	
INTELLEKT	kaum Einbußen.	
AFFEKT	verflacht, verödet, gleichmäßiger Zustand von Sorglosigkeit; gelegentlich periodisch auftretende Verstimmungen mit Gereiztheit, häufig durch Beziehungsideen ausgelöst und mit Sinnes-täuschungen (meist Stimmen), wobei auffällig ist, daß sie eigenartig unbeteiligt von ihnen sprechen und hin-terher volle Einsicht haben.	ernster als andere Hebephrene, leben stumpfsinnig, haben keine Verbindung mit Angehörigen; sind nicht erregbar; eigene Initiative fehlt; mißmutig-unfroh; zwischendurch feindselige Verstimmungen gegen eine bestimmte Person, so daß ihre Reaktionen immer un-erwartet auftreten, Gereiztheit sieht man ihnen nicht an.
AKTIVITÄT	keine Wünsche, keine Pläne, keine Initiative, anpassend.	entspricht dem Autismus, undurchdringlich, steif; man kommt dem Patienten nicht nahe.

Fortsetzung der Tabelle

2.4.1.1 Hebephrenien

	Läppische Hebephrenie (Läppische Verblödung)	Verschrobene Hebephrenie (Depressive Hebephrenie)
DENKEN	rein alogisch, unproduktiv, inhaltsarm, nichtssagend, unzulänglich.	ideenarm, unproduktiv, alogisch.
SPRACHE	effektorisch, einförmige Satzbildung. Agrammatismus.	verschroben, Reden ohne Modulation, querulatorische Note; stereotype Redensart; Neigung zum Vorbeireden, was häufig gewollt ist; gewollte Wortneubildungen mit sichtlicher Betonung.
AFFEKT	stark verflacht, läppisch-heiter, läppisch-sorglos; ständiges inadäquates Lachen; ethischer Zerfall (kindliche Streiche, Lügen, Stehlen).	stark verflacht, geraten nicht in Erregung, Zwangsneurosen; chronisch depressive Verstimmung; ethischer Zerfall: Kriminalität, Landstreicherei, Rohheiten gegen andere Kranke.
AKTIVITÄT	kaum Initiative, keine Ausdauer; eigensinnig, im Hintergrund beobachtend.	Einförmigkeit des Verhaltens; vordrängend; querulatorisch.
MANIEREN		meist eigenartige Gewohnheiten, die objektiv sinnlos sind.
MIMIK	gut, läppisches Lachen, lebhafter Ausdruck.	freudlos, ernst, gequält.

Fortsetzung der Tabelle

2.4.1.2 Paranoide Schizophrenien

Produktivformen: Krankhaftes Mehr an seelischen Vorgängen (eventuell Ausfall von Systemen, die normalerweise hemmen (42))

	Phantastische Paraphrenie (Phantasiophrenie)	Hypocondrische Paraphrenie (Progressive Paraphrenie)
SINNESTÄUSCHUNGEN		
a) groteske Körper- sensationen	besonders innere Organe betref- fend.	oft Martern, Quälereien von den Kranken empfunden.
b) akustische Hal- luzinationen	Über Massenergebnisse wird berich- tet, z. B. Geschrei, Kinderweinen etc., worüber die Kranken immer erst hinterher berichten.	hören Stimmen, über die sie kaum einmal schimpfen; Stimmen sind aber immer vor- handen; von diesen fühlen sie sich be- einträchtigt; sie reden <u>über</u> die Stimmen.
c) Reflexhalluzi- nationen	z. B. "spürt quer über den Leib, wenn der Pfleger in die Wurst schneidet."	
ERINNERUNGS- FÄLSCHUNGEN		
	meist Personenverkennungen.	
ABSURDE IDEEN		
	z. B. mit der Arche Noah gefahren.	
WAHNGEBEN		
	allgemeine Verfolgungsideen; fühlen sich ständig belästigt; Größenideen.	treten nur als Erklärungsideen auf; sie haben bestimmte Personen im Ver- dacht; Größenideen, über die sie ungern sprechen.
DENKEN		
	ideenreich, ordnende Fähigkeit fehlt.	Denkmaterial vermehrt; Entgleisungen.
SPRACHE		
	Wortneubildungen; Redestrom.	sprachliche Fehlleistungen.
AFFEKT		
	geringer Zerfall	man muß sie ernst nehmen.

Fortsetzung der Tabelle

2.4.1.2 Paranoide Schizophrenien

Produktivformen

	Phonemische Paraphrenie (progressive Halluzinose)	Konfabulatorische Paraphrenie
AKUSTISCHE HALLUZINATIONEN	mehr unangenehme Stimmen als annehme; enge affektive Beziehung zu den Stimmen; oft flüstern sie leise; die Kranken reden mit den Stimmen.	
DENKEN	verschwommen; charakteristische Beziehungs-ideen, d. h. Stimmen nehmen an Vorgängen in paranoischer Weise Stellung; Halluzinationen geben das Denken wieder.	kaum gestört, aber bei Intelligenzfragen versagen sie; sie können nicht abstrakt denken; Patienten erkennen, daß sich ihre Konfabulationen nicht mit der Wirklichkeit decken.
AFFEKT	ausgeglichene Stimmung; bleiben teilnehmend, wirken aber abgestumpft durch ihren Gleichmut.	interessiert.
KONFABULATIONEN		erzählen phantastische Geschichten, geben aber Erklärungen dafür; als Ursache nennt LEONHARD echte Erinnerungs-fälschungen, denn Kranke behaupten, alles erlebt zu haben.
WAHRNEHMUNGS-FÄLSCHUNGEN		Umgebung und Personen sehen immer anders aus.

Fortsetzung der Tabelle

2.4.1.2 Paranoide Schizophrenien

Ideenarme Formen (eventuell Ausfall von Systemen, die normal erregend wirken)		
	Expansive Paraphrenie (Progressive Autopsychose)	Inkohärente Paraphrenie (Inkohärente Verblödung)
HALLUZINATIONEN	kaum und wenn, dann Pseudohalluzinationen mit konfabulatorischer Tendenz; Kranke sind äußerst suggestibel.	fast ohne Unterbrechung, auch wenn man mit Ihnen spricht sind bei ihnen akustische Sinnestäuschungen vorhanden; sie sprechen <u>mit den Stimmen</u> .
GRÖSSENWAHN	in einformiger Form, maßlose Selbst- erhöhungen; Posen des äußeren Grö- senwahns.	in späteren Stadien häufig.
DENKEN	ideenverarmt, daher unproduktiv.	gestört durch halluzinatorische Abge- lenktheit; ideenverarmt.
SPRACHE	geheimnisvolle Schriftstücke, Worte, Buchstaben; Posen: z. B. "Kraft Au- torität".	Telegrammstil, Agrammatismus, Wortneu- bildungen.
AFFEKT	sehr stark verflacht; läppische Zu- friedenheit.	ausgesprochene halluzinatorische Er- regungszustände kommen vor, diese sind dann kaum zu unterbrechen.
MIENENSPIEL		dauernd von Innenerlebnissen geprägt.
KONZENTRATION		sehr schlecht, eine Verständigung ist kaum möglich, immer abgelenkt.

Fortsetzung der Tabelle

2.4.1.3 Katatonien

	Sprachträge Katatonie	Sprechbereite Katatonie
HALLUZINATIONEN		
a) akustische	entsprechend der Phoneme beobachtet man flüsternde Lippenbewegungen, ein kurzen Lächeln etc..	Stimmen können Anlaß für Erregungen und tätliche Angriffe sein.
b) optische	starrer Blick in bestimmte Richtung.	
SPRACHE	träge Reaktion auf Fragen; geben keine Antwort.	kein Rededrang, sondern anwortbereit; auffällige Promptheit; gedankenloses Drauflosreden; sinnlose Wortneubildungen.
DENKEN	schwer beurteilbar, da sie nicht sprechen.	negativistisches Vorbereden; schwer gestört.
MOTORIK	träge, antriebslos, initiativlos; Körperhaltung: runder Rücken, gesenkter Kopf.	psychomotorisch steif.
AFFEKT	substuporös, initiativlos; Erregungsausbrüche sprachlicher Art; Schimpfattacken.	zerfahren.
MIMIK	Ausdruck ihrer Abgelenktheit.	maskenhaft, undurchdringlich.

Fortsetzung der Tabelle

2.4.1.3 Katatonien

Negativistische Katatonie		Manirierte Katatonie (Akinetische Katatonie)
SPRACHE	nicht beurteilbar.	sprechen kaum ein Wort.
DENKEN	nicht beurteilbar.	kaum stärkere Denkstörungen, aber durch Mutismus nicht beurteilbar.
MOTORIK	eigenartig verdrehte Sitzhaltung, manchmal clownartig.	regungslos, starr, verkrampft.
NEGATIVISMUS	ausgeprägt.	
MANIEREN		Unterlassungsmanieren; Bewegungsmanieren; Sammeltrieb.
AFFEKT	verflacht, negativistisches Schimpfen in Form negativistischer Erregungen, z. B. plötzliches Ohrfeigen, Fenster einschlagen etc..	verhältnismäßig gut.
MIMIK	verstockt, feindselig, ambivalentes Lächeln.	verarmt.

2.4.1.3 Katatonien

	Proskinetische Katatonie	Parakinetische Katatonie
SPRACHE	auf Anrede wenden sich die Kranken zu, machen konstante Lippenbewegungen, geben <u>murmeln</u> de Laut von sich; stereotype Wiederholungen; nie laute Antworten.	sprachliche Rundungen und Modulationen fehlen, so daß einzelne Worte stoßweise vorgebracht werden.
DENKEN	nicht beurteilbar.	manchmal inhaltlich treffend, manchmal sinnlos; nicht hochgradig gestört.
MOTORIK	häufig automatische Bewegungen.	bizarre Faxen und Grimassen, was Hyperkinesen entspricht; parakinetische Bewegungsunruhe; stereotype Bewegungsfolgen; eckig, ruckartig.
AFFEKT	verflacht; bei Erregung machen sie häufig greifende und nestelnde Bewegungen.	"schwingen recht gut mit".
MIMIK	lebhaft, grimassierend.	mit Grimassen werden Gefühlszustände wiedergegeben.

Tabelle

2.4.2.0 UNSYSTEMATISCHE SCHIZOPHRENEN

2.4.2.1 Affektvolle Paraphrenie

AFFEKT	Störungen von besonderer Bedeutung; Affektivität ändert sich im Laufe des schizophrenen Prozeßes, so wird aus Angst Gereiztheit, es entwickeln sich Beziehungsideen, die feindselig-gereizte Umdeutung der Vorgänge enthalten.
VERHALTEN UNTER BESONDERER BERÜCK- SICHTIGUNG DES AF- FEKTES:	mögen die Kranken auch sonst stumpf sein, ihre Ideen tragen sie stets mit Affekt vor; widerspricht man ihnen, so bemerkt man ein Ansteigen des Affektes; sie können gereizt sein, aber auch begeistert über ihre Selbsterhöhung; bei normalen Anlässen sind ihre Gefühlsregungen vermindert, aber im Zusammenhang mit ihren Ideen können sie wieder in der oben beschriebenen Weise anspringen, so, daß man den erstarrt-eingleisigen, nicht mehr modulationsfähigen Affekt, deutlich erkennt.
SINNESTÄUSCHUNGEN	Stimmenhören, Körpersensationen, optische Sensationen, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen.
WAHNIDEEN	häufig Verkennungen; Größenideen; Erinnerungsfälschungen; Verfolgungsideen.

DENKEN	logische Denkfähigkeit geht verloren; abnorme Beziehung zu den krankhaften Inhalten; Ideenflucht.
GRUNDSTIMMUNG	unlustig-gereizt oder freudig-gehoben.
VERLAUF	meist schubförmig, aber auch chronische Progredienz möglich.

2.4.2.2 Kataphasie (Schizophasie)

Da man Erregungen und Zustände ratloser Hemmung finden kann, unterscheidet LEONHARD zwei Formen:

1. Erregte Form

SPRACHE	verworrener Rededrang; in schweren Fällen versteht man kein Wort; grammatische Ordnung fehlt etc.; man hört also eine fließende Rede, ist sich aber nicht im Klaren, wo ein Satz zu Ende ist und wo ein neuer beginnt; aus konkreten Sachverhalten heraus können die Patienten viel geordneter sprechen als in freier Rede.
DENKEN	Störungen als zentrales Symptom, woran das Sprachliche stark beteiligt ist; eine genügende Ordnung ist noch möglich, wenn das Denken konkret durch die unmittelbaren Erlebnisse angeregt wird; Störung tritt ganz offensichtlich zu Tage bei einer psychisch-experimentellen Prüfung; Konfabulationen kommen vor.

2. Gehemmte Form

SPRACHE	sprachliche Äußerungen versiegen mehr und mehr, so daß auch keine sprachlichen Entgleisungen mehr hervortreten können; in schwersten Fällen Mutismus.
DENKEN	bei völligem Mutismus nicht mehr unmittelbar beurteilbar, aber im Ausdruck der Kranken erkennt man Ratlosigkeit und eine innere Leere und Stumpfheit; antworten sie auch nicht, so richten sie doch einen fixierenden Blick auf den Untersucher; auch Beziehungsideen beeinträchtigen das Denken.
AFFEKT	bei beiden Formen abgeflacht.
VERLAUF	zum einen ist schleichende Progressivität möglich, zum anderen kommen periodische Verläufe vor, in denen Zustände der erregten Kataphasie mit Zuständen der gehemmten Form abwechseln; gelegentlich wurde gute Remission, manchmal sogar Heilung festgestellt.

2.4.2.3 Periodische Katatonie

DENKEN	verlangsamt, kurzschlüssig, von Bedeutungsideen beeinflußt.
VERHALTEN	machen häufig Verkehrtheiten; plötzliche Erregungen kommen vor; über-

triebenes Lachen, ohne adäquaten Anlaß.

AFFEKT abgeflacht.

MOTORIK Akinese und Hyperkinese kommen nebeneinander vor;
bei vornehmlicher Akinese z. B. beobachtet man neben einer starren Haltung eine hyperkinetische Unruhe der Extremitäten; häufig kommen trotz Akinese Impulshandlungen vor, die Ausdruck der Hyperkinese sind; Negativismus als Begleiterscheinung der Akinese;
überwiegt die Hyperkinese, so beobachtet man z. B. auch noch steife, abgehackte Bewegungsabläufe oder ausführende Armbewegungen.

VERLAUF periodisch mit Hyper- und Akinesen.

2.5.0.0 Kritische Anmerkungen

Bei der Interpretation unserer Daten ist zu berücksichtigen, daß es sich bei den Patienten nicht um eine strenge Zufallsstichprobe schizophrener Kranker handelt, sondern um chronisch Kranke, die infolge ihrer Behinderung auf eine dauernde Behandlung angewiesen sind.

Ein Teil der Daten stammt aus der Krankengeschichte. Dem möglichen Einwand, daß die Schlußfolgerungen der vorliegenden Arbeit von den Eintragungen in die Krankenakte allein abhängig ist, begegnen wir mit dem Argument, daß wir die Patienten persönlich nachuntersuchten und uns von der

Gültigkeit der Fakten der Krankengeschichte in persönlichem Gespräch überzeugten. Die globale Diagnose Schizophrenie der Krankenakte diente lediglich zur Auswahl der Patienten und wurde im weiteren Verlauf der Arbeit nicht mehr verwendet. Zweifellos war es aber auch von Vorteil, die vielen Informationen der Krankenakte genau und gezielt zu hinterfragen.

In dieser Arbeit wurden nur die Zusammenfassungen der Fallbeschreibungen aufgenommen. Die identische Arbeit, erweitert um die ausführlichen Fallbeschreibungen, befindet sich in der Bibliothek der Psychiatrischen Klinik der Universität München.

Aus Gründen des Datenschutzes wurden weder Namen, noch andere die Person identifizierbare Daten in die Arbeit übernommen.

3.0.0.0 KLINISCHER TEIL (Fallbeschreibungen)

3.1.0.0 Patientin A

Letzter Untersuchungsbefund vom 03.05.1983

Das derzeitige psychopathologische Zustandsbild der nun 57-jährigen pyknischen Patientin wird durch die folgende ausgeprägte Residualsymptomatik gekennzeichnet: Autismus, Antriebsverarmung, ausgeprägte Kontaktschwäche, affektive Nivellierung, Interesselosigkeit, Kritik- und Urteilsunvermögen. Insbesondere die ständige halluzinatorische Beeinflussung wie auch Wahnideen, vor allem religiöser Art, bedingen ihr Handeln und bestimmen ihr Denken. Ein geordnetes Gespräch mit ihr ist nicht möglich. Zwar ist sie freundlich, redet auch fast pausenlos, doch zumeist Unverständliches. Formal ist nämlich ihr Denken im Sinne von Ideenflucht, Inkohärenz, haftendem Denken, Klangassoziationen sowie Perseverationstendenz gestört. Inhaltlich nennt sie in syntaktisch gestörten Reden unentwegt einförmige, expansiv-maßlose, Selbsterhöhungen sowie auch zahlreiche phantastische Ideen. Selbst die vielen sprachlichen Fehlleistungen wie Neologismen, Echolalie aber auch Verbigerationen stören ihren Redefluß nicht. Nie kann sie einen klaren Gedanken fassen, immer gibt sie einen blühenden Unsinn, ein kaum zu beschreibendes gedankliches Wirr-Warr von sich. Kritiklos bezeichnet sie sich in gezielt-manierterter Sprachweise z. B. Rechnungskönigin, Himmels- und Weltenkönig, Gott und Allmacht etc., spricht in selbstverständlicher Weise von ihrem Volk und mit geheimnisvollem Gebaren spricht sie von Magnato, Ehebesatzung, von Schneeprozentrechnungen usw. mehr. Müheles gelingt es, der Patientin alles mögliche zu suggerieren. Nicht einmal für die vielen absurden Ideen wie z. B. wenn sie erklärt,

daß sie zwei verschiedene Lebensalter hat oder, daß sie gestorben war und dann wieder auferstand, sucht sie sich eine Erklärung. Auch stört es sie nicht, daß ihr einförmiges, trostloses Leben vollkommen im Gegensatz zu ihren Grössenideen steht. Daß ihre Halluzinationen nicht nur ihr Denken und Handeln, sondern auch ihr Fühlen stark beeinflussen, zeigt sich, als sie während der Exploration aus einer über weiteste Strecken doch eher euphorisch-unangepassten Verhaltensweise plötzlich bei einer allgemeinen Frage zum Glauben zu weinen beginnt und jämmerlich klagt. Die Patientin, die trotz Diabetes und Adipositas kritiklos Essen in sich hineinstopft, bedarf, ebenso wie bei der Körper- und Kleiderpflege, dauernde Aufsicht und Anleitung, denn ansonsten würde sie sicherlich in Kürze verwahrlosen und gesundheitlichen Schaden nehmen.

Während des nun 32-jährigen chronisch progredienten Krankheitsverlaufes blieb der psychische Zustand der Kranken nahezu immer gleich. Schon zum Zeitpunkt der Aufnahme im Bezirkskrankenhaus 1951 war bei der damals 24-jährigen Patientin ein erheblicher Persönlichkeitsabbau festzustellen, wenngleich sie damals noch gepflegt war und lange fleißig arbeitete.

Die während der ersten Krankheitsjahre sehr häufig auftretenden heftigen Erregungszustände mit tätlichen Aggressionen sind zwar wesentlich seltener geworden, kommen jedoch immer wieder einmal vor. Zuletzt schlug sie innerhalb einer Woche eine Patientin ganz plötzlich zwei Male, so daß die Ohrfeigen bei der Patientin deutlich sichtbar waren.

Relativ regelmäßig nimmt sie an der Arbeitstherapie teil. Ihre produktiven Leistungen sind jedoch sehr kärglich.

3.2.0.0 Patient B

Letzter Untersuchungsbefund vom 11.03.1983

Gegenwärtig bestehen bei B grob auffällige psychomotorische Störungen, wobei manirierte, eckige und fahrige Bewegungen resultieren, lebhaftes Grimassieren und das Zungenwälzen besonders auffällt. Es besteht ein hyperkinetisches Syndrom, bei dem sich krankhaft bedingte psychomotorische Störungen überlagern mit einer Spätdyskinesie. Kontaktunfähigkeit, zurückgezogene Lebensweise, völlige Unselbständigkeit und gelegentliche, mit Aggression und Autoaggression einhergehende Erregungszustände, sowie läppische Clownereien.

Der chronisch schleichende Verlauf, der nie von symptomfreien Intervallen unterbrochen wurde, führte über die anfänglich noch harmlosen psychopathischen Erscheinungen zu dem heute bestehenden Krankheitsbild, was zu einer schweren Persönlichkeitsveränderung geführt hat.

Die immer wieder massiv auftretenden Stimmungsschwankungen werden begleitet von akuten Erregungszuständen, wobei es immer wieder zu ängstlichen und gehemmten Verhaltensweisen kam und teilweise zu Fremd- und Selbstaggressionen.

Die Angst- und Erregungszustände wurden immer von massiven motorischen Erscheinungen begleitet. Aus den Selbstgesprächen und den zwischendurch gemachten Bemerkungen kann man schließen, daß Trugwahrnehmungen bestehen.

Aus der schon seit frühester Jugendzeit praktizierten ungesteten, ziellosen Lebensweise, entstand die nun 30-jährige Krankheit, gekennzeichnet durch Autismus, maniriertes,

faxenhaftes Benehmen, Denkzerfahrenheit, läppisch-kritikloser Zerfahrenheit, läppisch-kritikloser Unbekümmertheit und völliger Unselbständigkeit. In dieser Form besteht die Krankheit von B in unveränderter Form bis zum heutigen Tag weiter. Arbeitsleistungen erbringt er keine.

3.3.0.0 Patient C

Letzter Untersuchungsbefund vom 17.03.1983

Die derzeit bei dem 38-jährigen Patienten bestehende Residualsymptomatik - Antriebsverarmung, affektive Nivellierung, Kontaktunfähigkeit und die stark eingeschränkte Kritik und Urteilsfähigkeit - bedingen den weitfortgeschrittenen Persönlichkeitsabbau. Er zeigt sich arbeitsscheu, unselbständig, kindlich-trotzig und muß zur Körperpflege ständig angehalten werden. Wäre er auf sich alleine gestellt, so würde er sicherlich in kürzester Zeit verwahrlosen. Zur Arbeitstherapie ist er nur nach permanenten Aufforderungen zu bewegen. Sein Gedankengang ist eingeengt auf sein Nachhausekommen, ohne jedoch einen akzeptablen Vorschlag für seine Zukunft zu machen. Er hat kein Interesse an einer geregelten Arbeit und einem durch Eigenleistung erarbeitenden Einkommen. Vielmehr fordert er in seiner passiven Anspruchshaltung versorgt zu werden und empfindet jeden, der ihn zu aktivieren versucht, als Gegner. Immer verhält er sich widerstrebend und hat an allem etwas auszusetzen. Der Arbeitstherapie setzt er häufig massiven Widerstand entgegen, legt sich beispielsweise einfach auf den Boden, so daß man ihn wegtragen muß. In stereotyper, einförmiger Weise fordert er ständig seine Entlassung, da ihm jegliche Krankheitseinsicht abgeht.

Der Verlauf muß als chronisch progredient bezeichnet werden, wenngleich Herr C mehrmals aus der stationären Behandlung entlassen werden konnte. Nie war er jedoch symptomfrei, sondern in seinem Befinden lediglich gebessert.

Die Symptome Antriebsverarmung, mangelnde Kontaktfähigkeit, autistische Lebensweise und formale Denkstörungen im Sinne von Zerfahrenheit, Ambitendenz und Einengung der Inhalte auf das Wohnen bei den Eltern, verliefen rasch progredient. Krankheitseinsichtig war er nie, sondern machte immer nur die Böswilligkeit seines Vaters für den Klinikaufenthalt verantwortlich. Auch die Einstellung zu einer Arbeit zeigt seine phlegmatische Haltung. Bis zum Beginn seiner Krankheit, der nicht sicher festgestellt werden kann, aber ungefähr mit 24 Jahren festzulegen ist, hatte er schon häufig die Arbeitsstellen gewechselt. Zwar arbeitete er auch noch nach den ersten drei Entlassungen, jedoch immer nur noch kurzzeitig und zum Schluß benutzte er eigene Bemühungen um Arbeit nur noch als Mittel um seine Entlassung aus der stationären Behandlung zu erzwingen. Aber echten Arbeitswillen hat er kaum mehr, vielmehr möchte er gänzlich versorgt werden. Arbeitsleistungen erbringt er schon lange nicht mehr.

3.4.0.0 Patient D

Letzter Untersuchungsbefund vom 27.03.1985

Das psychopathologische Bild des nun 35-jährigen Patienten, der sich seit zwölf Jahren ununterbrochen in stationärer Behandlung im Bezirkskrankenhaus befindet, ist der-

zeit durch die ausgeprägte Residualsymptomatik: Autismus, Kontaktlosigkeit, Antriebsmangel, Desinteresse und starke affektive Verflachung, gekennzeichnet.

Zurückgezogen lebt er als Einzelgänger, sucht keinerlei Kontakt, sondern meidet ihn vielmehr. Er sitzt in seiner Freizeit oder während den Zeiten, wo er sich weigert an der Arbeitstherapie teilzunehmen, stumpfsinnig herum, meist sogar auf dem selben Platz und läßt sich über Kopfhörer mit Radiomusik beschallen. Die Umgebung interessiert ihn nicht, sämtliche Freizeitangebote lehnt er ab und nur sehr selten nützt er seinen Hofausgang. Er hat keine Freunde oder Bekannte und wünscht auch keinerlei Kontakt mit seiner Mutter oder Schwester. Dies ist nicht nur Ausdruck seiner affektiven Verflachung, sondern auch seiner ausgeprägten Gleichgültigkeit.

Sein Verhalten und sein ganzes Tun fällt besonders durch seine Einförmigkeit auf. Bietet man ihm ein Gespräch an, so entwickelt er meist einen regelrechten Rededrang. Und obwohl er dann viel spricht, bewegt er sich inhaltlich und thematisch immer in den gleichen Gleisen. Er erzählt dann meist von seinen angeblichen "sexuellen Unsittlichkeiten" mit Freundinnen seiner Mutter im Kindesalter und von seinem derzeitigen unsittlichen Leben. Daraus entwickelt er dann Wahnideen, die das Gepräge von Schuld- und Bußvorstellungen haben. So sagte er beispielsweise während der letzten Untersuchung: "...Ich muß onanieren. Wenn ein anderer onaniert, dann hat er eine Hellung, helle Schmerzen. Ich bekomme Schmerzen drauf, von den Herren der Welt..." Zudem spricht er Größen- und Beeinträchtigungsideen (Schmerzen, die sicherlich haptischer Natur sind) aus, und produziert in diesem Zusammenhang ein religiös gefärbtes Wahnsystem. Auf konkret gestellte Fragen redet er nahezu immer in zerfahrenem Gedankengang vorbei, was immer in affektarmer, monotoner Weise geschieht. Deswegen kann man sich häufig

des Eindrucks nicht verwehren, daß er nur redet, um des Redens willen oder, daß es einfach seiner eigenen Erleichterung dient.

Viele sprachlichen Eigenarten fallen auf. Er beginnt häufig mit stereotypen Redewendungen wie z. B. "es ist folgendes", bildet neue Worte, die unverkennbar gewollt von ihm geprägt werden oder er versucht sich durch pseudowissenschaftliches Gerede zu produzieren, wobei er dann häufig auch noch allgemeingültige Quintessenzen aufstellt wie z. B.: "Wenn man leidet, wird man ja auch intelligenter" oder "Schmerz ist Liebe" u. v. mehr.

Das Denken ist deutlich gestört und zwar formal im Sinne von Ideenflucht, Inkohärenz und haftendem Denken. Inhaltlich bestimmen Wahnideen und verschrobene Ideen, seinen Gedankengang. In einer Rede mit extremer Zerfahrenheit können immer wieder originelle Redewendungen und treffende Bemerkungen vorkommen. Seine stark eingeschränkte, freudlose Mimik, spiegelt am deutlichsten seine Stimmung wieder, die gleichgültig bis leicht depressiv ist.

Psychotische Exacerbationen mit Schreianfällen, psychomotorischer Unruhe und Autoaggressionen, sind zuletzt nicht mehr bei dem Patienten beobachtet worden. Vielmehr lebt er stumpf, initiativlos ohne die geringste Zielvorstellung, jedoch zufrieden mit seiner Unterbringung im Bezirkskrankenhaus, vor sich hin.

Der Erkrankungsbeginn kann aufgrund der fehlenden objektiven Anamnese nicht genau datiert werden, aber seinen eigenen Schilderungen zufolge, dürften erste Krankheitssymptome während seiner Lehrzeit aufgetreten sein, als er unter Versündigungsideen litt, depressiv verstimmt war und verwahrloste. Der Krankheitsverlauf muß somit als schleichend-chronisch bezeichnet werden, denn schon 1971, als der Patient erstmals im Bezirkskrankenhaus aufgenommen wurde, war seine Persönlichkeitsveränderung

schon weit fortgeschritten. Dieser Prozeß war selbst durch die vielen Behandlungsbemühungen nicht aufzuhalten und führte letztendlich zu der zuvor beschriebenen ausgeprägten Residualsymptomatik.

An der Arbeitstherapie nimmt er nur unregelmäßig teil.

3.5.0.0 Patient E

Letzter Untersuchungsbefund vom 01.06.1983

Das Verhalten von Herrn E, der nun 42 Jahre alt ist, ist geprägt von Interessenlosigkeit, Antriebsarmut, Autismus und vor allem von Affektverflachung. Seine Stimmung ist meist heiter und läppisch-sorglos. Nur treten hin und wieder Erregungszustände auf, die der Patient meist zuvor ankündigt und dann fordert, fixiert zu werden. Geschieht dies nicht sofort, so kommt es regelmäßig zu Sachbeschädigungen. Ansonsten lebt er mit wenig Kontakt zu seiner Umwelt, zurückgezogen für sich alleine.

Die Krankheit verlief, im Alter von circa 23 Jahren beginnend, schleichend chronisch und führte ganz allmählich zu der heutigen Residualsymptomatik. Die anfangs im Vordergrund stehenden psychotischen Symptome wie Phoneme, Vergiftungsideen und quälende Angstzustände traten nahezu gänzlich in den Hintergrund, lediglich während der kurzandauernden Erregungszustände, die bis heute anhielten, äußerte E Angst und Stimmenhören. Typisch ist, daß er die letzten Jahre immer ankündigte, daß er einen "Drang verspüre" und forderte fixiert zu werden. Dauerhaft blieben jedoch die Antriebsverarmung, Kontaktlosigkeit, die ausgeprägte Affektverflachung und die Ideenflucht, Denkhemmung und Entgleisungen des Denkens. Gleichgültig und

mit läppischer Sorglosigkeit lebt er in den Tag.
Zwar nimmt er an der Arbeitstherapie teil, erbringt jedoch nur minimalste Leistungen.

3.6.0.0 Patient F

Letzter Untersuchungsbefund vom 16.03.1983

Derzeit ist das psychopathologische Zustandsbild von F einerseits gekennzeichnet durch akute psychotische Exacerbationen in unterschiedlichen Zeitabständen, andererseits durch fortgeschrittene Residualsymptomatik. Diese besteht aus Autismus, Kontaktarmut, Antriebsstörungen, Affektverflachung und Kritik- und Urteilsunfähigkeit. In seinen Bewegungen fällt besonders das eigenartige Nebeneinander von Akinese und Hyperkinese auf. Seine Stimmung wechselt fast täglich zwischen läppisch-euphorisch und moros gespannt.

Der bis heute 35-jährige Verlauf der Krankheit von F führte in akuten Schüben zur Chronizität. Selbst wenn er bis zum Jahre 1968 neun Mal entlassen wurde, kam es von Anfang an nie zu einer vollen Remission der Symptomatik, lediglich zur Besserung.

Hypochondrische Beschwerden, akustische und olfaktorische Dauerhalluzinationen, die zu Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen führten, waren von Anfang an vorhanden, nur die Beschreibung wurde immer absurder und grotesker.

Auch im Verhalten von F zeigt sich ein ständiger Wechsel von einerseits Unruhe und Gespanntheit, begleitet von einem ausgesprochenen Redestrom, und andererseits Stupor, wobei er regungslos irgendwo liegen blieb und kein Wort mehr sprach.

Die schon von seinem Lehrmeister und seiner Mutter geschilderte Verlangsamung wurde immer wieder festgestellt. Im Gespräch fielen seine geschraubte Ausdrucksweise, seine monotone Stimmlage und das häufige Vorbeireden besonders auf, ebenso seine eigenartigen Ausdrucksbewegungen, die ebenfalls das Nebeneinander von Akinese und Hyperkinese ganz deutlich machen.

Während seiner psychotischen Episoden geriet F jeweils in hochgradige paranoide Erregung und Wahnstimmung und neigte, heute noch genauso wie früher, dann zu unberechenbaren Aggressionen und zerstörerischen Handlungen.

An der Arbeitstherapie beteiligt er sich schon lange nicht mehr.

3.7.0.0 Patient G

Letzter Untersuchungsbefund vom 28.03.1983

Psychopathologisch ist das derzeitige Zustandsbild des nun 39-jährigen Patienten geprägt durch Affekt- und Antriebsstörungen, durch Autismus, Interesselosigkeit und durch das Festhalten an den gleichen paranoiden Ideen, die er schon vor 13 Jahren, zu Beginn seiner Aufnahme, geäußert hat. Die ausgeprägte Affektstörung äußert sich in der Diskrepanz zwischen dem Inhalt des Gesagten und seinem Ausdrucksverhalten, das keine adäquate Modulation zeigt. Zu einem affektiven Mitschwingen ist er nicht fähig. Die Sprache fließt in maniert anmutender Weise monoton dahin. Sein Gesichtsausdruck ist starr, zeigt jedoch immer wieder, auch bei völlig belanglosen Aussagen, bedeutungsvolle mimische Auffälligkeiten, wie z. B. weit aufgeris-

sene Augen oder die betonte Faltenbildung auf seiner Stirn. Dadurch versucht er wahrscheinlich seinen Aussagen Gewichtigkeit beizumessen selbst, wenn er auch von ganz unwichtigen Dingen spricht. Er lebt völlig zurückgezogen, so daß sicherlich die Umwelt keine lebendige Bedeutung für ihn hat. In unmittelbarem Kontakt wirkt er kaum erreichbar. Sein Antrieb ist erlahmt, es fehlt ihm an Interesse und Spontanität. Das einzige was er regelmäßig tut, ist Spaziergehen. Aber selbst dabei läuft er meist in einförmiger Weise entlang der gleichen Wege. Arbeitstherapeutisch erbringt er nur geringe Leistungen. Aktivitäten entwickelt er nur noch bei seinen gelegentlichen Versuchen, die Klinik ungesehen zu verlassen. Formal ist sein Denken im Sinne von haffendem Denken - syntaktische Störungen sind nicht festzustellen - und inhaltlich durch verschrobene Gedankenverbindungen, Gedankenverarmung und Aufrechterhaltung seiner Wahnvorstellungen gestört. Immer noch fühlt er sich durch "psychosomatische und psychotherapeutische Versuche" durch bestimmte Personen, insbesondere Dr. W., beeinflußt. Auch nennt er Stimmenhören, ohne näher darauf einzugehen.

Seine Urteils- und Kritikfähigkeit ist schon soweit eingeschränkt, daß er ohne jegliche Befürchtung angibt, er wolle sich von seinen Ersparnissen eine Wohnung kaufen, von Gelegenheitsarbeiten leben, seine Freiheit genießen und natürlich wieder Alkohol trinken. Aufgrund dieser mangelnden Vorausschau wäre der Patient sicherlich kriminellen Verführungen gegenüber ohne ausreichende Stabilität und somit gefährdet.

Der Beginn des chronisch progredienten Krankheitsverlaufs war spätestens im Alter von 19 Jahren, gerade, nachdem er die Gesellenprüfung als Schriftsetzer bestanden hatt. Danach ließ er sich nämlich treiben, trank Alkohol, ver-

wahrloste, lebte von Gelegenheitsarbeiten und Diebstahl und verbrachte mehrere Monate im Gefängnis. Auch litt er damals unter Selbstmordgedanken. Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme im Bezirkskrankenhaus konnte man auch schon einen erheblichen Persönlichkeitsdefekt feststellen. Möglicherweise deuten die erheblichen Erziehungsschwierigkeiten im Jugendalter auf einen früheren Beginn hin.

Im Prinzip bot er bis heute nahezu immer die gleiche Symptomatik. Immer hielt er an seinen Wahnideen fest, mal schenkte er diesem mehr, mal weniger Bedeutung. Distanziert hat er sich jedoch nie davon. Ebenso zeigte er nie Krankheitseinsicht. Für die bis heute drei Mal aufgetretenen generalisierten Krampfanfälle gibt es keine sichere internistische Erklärung, das gleiche gilt auch für die heute noch bestehende Polydipsie.

3.8.0.0 Patient H

Letzter Untersuchungsbefund vom 07.07.1983

Derzeit stehen bei H die ausgesprochene affektive Verflachung, die starke Denkstörung - insbesondere Urteils- und Kritikfähigkeit, sowie Denkverlangsamung und Denkzerfahrenheit - die Interesselosigkeit, die autistische Haltung und das zwanghafte Erledigen der ihm aufgetragenen Tätigkeiten im Vordergrund. Die wesentlichen Anteile seines Denkens, Fühlens und Wollens, scheinen sich nur um seine Tätigkeiten zu drehen.

In Sprache und Haltung zeigt er ausgesprochene Stereotypen. Seine konfabulatorisch geäußerten Kriegserlebnisse deuten auf einen Größenwahn hin. Die sprachlichen

Inhalte bleiben immer verständlich, während des Gespräches sind keine syntaktische Störungen feststellbar. Somit besteht die Sprachstörung in erster Linie in einer Inadäquatheit und Zusammenhanglosigkeit der Denkinhalte. Der weinerlich-maskenhafte Gesichtsausdruck, der keinerlei Mienenspiel zuläßt, vermittelt eine depressive, ja gequälte Grundstimmung.

Im Umgang wirkt er mißtrauisch-ängstlich und reagiert häufig paranoid, wobei es dann zu Erregungszuständen mit Gewalttätigkeiten gegen seine Umgebung kommt. Seine Verwahrlosungsneigung stellt eine erhebliches Problem dar.

Was den Verlauf anbelangt, muß man mit größter Wahrscheinlichkeit annehmen, daß die Krankheit des nun 58-jährigen Patienten mit circa 14 Jahren schleichend begonnen hat, denn bis dahin konnte er laut Angaben der Mutter die Schule mit Erfolg besuchen, hat dann aber plötzlich versagt und scheiterte danach bei all seinen Arbeitsversuchen.

Die derzeit bestehende Residualsymptomatik besteht nahezu unverändert seit seinem Eintritt ins Bezirkskrankenhaus. Die Verstimmungs- und Erregungszustände, die zusammen mit akustischen Halluzinationen auftreten, können ganz plötzlich zu heftigen Gewalttätigkeiten führen. Zuletzt traten diese in zeitlich engeren Abständen auf.

3.9.0.0 Patient I

Letzter Untersuchungsbefund vom 18.03.1983

Gegenwärtig wird das psychopathologische Zustandsbild des Patienten I bestimmt durch Autismus, Kontaktlosiq-

keit, Antriebsmangel, Fehlen von Initiative und Spontaneität sowie der stark eingeschränkten affektiven Schwingungsfähigkeit.

Seine sorglos zufriedene Grundstimmung spiegelt keineswegs eine beschwingte Heiterkeit, sondern vielmehr eine lahme Zufriedenheit wieder. Er fühlt sich wohl in der Anstalt, eigentlich geborgen und bringt keinerlei Klagen vor. Allerdings wird dieser Zustand von intermittierend auftretenden Verstimmungszuständen unterbrochen, so daß er ängstlich, gereizt und aggressiv wird. Aber auch hierbei bringt er keinen tiefen Affekt auf. Obgleich er diese Erregungszustände mit paranoid-halluzinatorischen Erlebnissen imperativen Charakters begründet - so beschreibt er schon jahrelang den Teufel in kindlich-einfältiger Art als Jäger mit Gamsbart - scheinen es aufgrund der gestörten Affektivität jedoch mehr Spannungen zu sein, die von Zeit zu Zeit entladen werden müssen. Da die Sinnestäuschungen bei ihm nur während solcher Erregungszustände auftreten, muß man von episodisch auftretenden Halluzinationen sprechen.

Immer erledigt er die ihm aufgetragenen Hausarbeiten mit größter Sorgfalt und besonderem Eifer, so daß schon Versuche, ihn dabei zu stören, mit Aggressivität beantwortet werden können. Ansonsten lebt er völlig zurückgezogen, in bescheiden zufriedener Weise, für sich alleine.

Der schleichend progrediente Verlauf mit anfangs gering ausgeprägter Symptomatik führte dazu, daß die Krankheit erst spät erkannt wurde und deshalb zunächst die verschiedensten Diagnosen gestellt wurden.

Mitte der sechziger Jahre erst fiel die Residualsymptomatik immer deutlicher auf und besteht heute in ausgeprägter Form.

Zwar war er schon seit seiner ersten Klinikaufnahme mit 15 Jahren durch seine Kontaktarmut, Affektverflachung

und Initiativlosigkeit aufgefallen, doch verhielt er sich ansonsten meist ruhig, freundlich und höflich, so daß er kaum auffiel. Auf sich aufmerksam machte er mehr durch seine Brandstiftungen und Suizidversuche, die er überzeugend damit begründete, eingesperrt werden zu wollen, da er mit der Welt draußen nicht mehr zu Rande käme. Da er sich verspottet und im Stich gelassen fühlte, könnten seine kriminellen Handlungen auch Trotzreaktionen gewesen sein.

Autismus, Kontakverarmung, affektive Nivellierung und die von Zeit zu Zeit auftretenden Verstimmungszustände führten im Laufe der Zeit zu einem erheblichen Persönlichkeitsabbau, so daß I heute bezüglich Körper- und Kleiderpflege sowie Medikamentenaufnahme sorgfältig überwacht werden muß, obgleich früher bemerkenswerter Weise immer sein gepflegtes Äußeres beschrieben wurde. Er zeigte immer ein gutes Auffassungsvermögen und auch nennenswerte formale und inhaltliche Denkstörungen waren bei dem heute 61-jährigen Patienten nie festzustellen. Aber die Art wie er erzählt, läßt das entsprechende Gefühl vermissen. Ebenso mangelt es ihm an Urteilskraft. Abgesehen von der oben beschriebenen perioralen Hyperkinese (vermutlich handelt es sich um eine Spätdyskinesie) zeigt der Patient keine psychomotorischen Auffälligkeiten und auch sonst keine Veränderungen seiner motorischen Entäußerungen.

3.10.0.0 Patient K

Letzter Untersuchungsbefund vom 29.07.1983

Der nun heute 47-jährige K, der seit Beginn seiner Krank-

heit andauernd halluziniert, wechselt in seinem psychischen Exacerbationen innerhalb relativ kurzer Zeitabstände. Unter dem Druck massiver wahnhafter Erlebnisse wird er immer wieder hochgradig gespannt, abweisend, verbal erregt und zeigt ein drohendes, unberechenbares Verhalten, dabei auch hin und wieder brutal zuschlagend. Auf Befragen nennt er insbesondere Stimmen, die ihn beschimpfen, bedrohen und auch imperativen Charakter haben, so wie wahnhaftige Körpersensationen und optische Halluzinationen. Im Vordergrund steht die Residualsymptomatik mit Antriebs- und Kontaktstörungen, autistische Zurückgezogenheit und affektiver Nivellierung.

Im Umgang wirkt er verschroben, weitgehend undurchsichtig und gelegentlich distanzlos läppisch. Immer mehr findet er sich mit seinen Stimmen ab, distanziert sich teilweise von seinen psychotischen Erlebnissen, zeigt teilweise Krankheitseinsicht, benennt seine Krankheit richtig und schätzt diese prognostisch auch richtig ein.

Der genaue Beginn der Krankheit von K läßt sich nur vermuten. Eindeutige Symptome wie Liebeswahn und Beeinflussungsideen, zu denen später auch Verfolgungsideen kamen, fielen erstmals im 19. Lebensjahr des Patienten K auf. Mit 21 Jahren wurde er erstmalig stationär im Bezirkskrankenhaus behandelt. Aber schon vorher, mit circa 16 Jahren, war er arbeitsscheu, streunte herum, liebte Abenteuer und war ein verschlossener Einzelgänger. Mit 16 und 17 Jahren wurde er straffällig wegen Eigentumsdelikten und mit 19 Jahren wegen Erpressungsversuchen und Eigentumsdelikten. Man kann also annehmen, daß die Krankheit schon mit der Pubertät einsetzte. Somit kann der Verlauf sicherlich als chronisch schleichend bezeichnet werden. Dieser war zwar von wechselnder Intensität, eine Remission trat bis heute doch nie ein. Immer, auch wenn er ruhiger war, bestanden eine hochgradig-

ge Antriebs- und Kontaktgestörtheit, Gemütsabstumpfung, Größenideen, Wahnideen und Verschrobenheit. Wechselnd war auch die Intensität der produktiv-psychotischen Symptomatik. Zeitweilig war auch sehr auffallend, mit welcher Geschwindigkeit die Qualität seiner Affekte wechselte. So war er einmal gereizt, gespannt, unruhig, lief mit finster-feinseliger Miene auf der Abteilung umher, beschimpfte ohne äußeren Anlaß jeden, der in seiner Nähe stand. Dann wieder, im nächsten Augenblick, war er läppisch-euphorisch, verhielt sich überlegen-würdevoll und gefiel sich in anmaßenden Redereien. Der Patient hat Schwierigkeiten mit abstrakten Gedanken und kann auch bei den Sprichwörtern und im konkreten Denken nicht das Wesentliche erfassen, jedoch sind syntaktische Störungen im Gespräch nicht feststellbar. Auffallend ist aber die starke Vergrößerung des Denkens.

Hinzu kommt bei ihm noch, daß er immer wieder entwich, sich dann irgendwo herumtrieb und anfangs auch immer wieder kriminell wurde, sowie seine ständigen Bosheiten, wie z. B. Schlagen von wehrlosen Patienten, worüber er dann nur läppisch lachte.

In den letzten Jahren allerdings zeigte sich seine Affektivität weniger expressiv als früher. Auch in seinen aggressiven Schimpfausbrüchen und in seiner läppisch-euphorischen Gestimmtheit wurde er verhaltener als früher.

Größenideen spielen bei K nach wie vor eine Rolle. Viele Jahre hindurch fühlte er sich offenbar als Erfinder auf militärisch-strategischem Gebiet. Heute jedoch beschäftigt er sich mit der Atombombe oder dem Kommunismus.

An der Realität ist er kaum mehr interessiert, seine Interessen erschöpfen sich im Essen, Trinken und Rauchen. Arbeitstherapie erbringt er nicht.

3.11.0.0 Patient L

Letzter Untersuchungsbefund vom 10.04.1983

Herr L, der nun 49 Jahre alt ist, zeigt derzeit folgende Residualsymptomatik: Autismus, Antriebs-, Interesse- und Kontaktlosigkeit und affektive Verflachung. Völlig kritiklos steht er seiner Zukunft gegenüber. Im Gespräch kann er kaum einmal ruhig sitzen, wenngleich seine Bewegungen verlangsamt sind. Seine starke verarmte Mimik zeigt ein ständiges, starres läppisches Lächeln, das zeitweise mehr eine Verlegenheit widerspiegelt, zeitweise auch überheblich erscheint, besonders wenn er von seinen Gefängnis-aufenthalten erzählt. Von sich aus spricht er nichts. Im Antwortverhalten zeigt er sich häufig widerstrebend. Er gibt nur kurze, telegrammstilartige Antworten, wobei seiner Sprache jegliche Modulation fehlt. Bei der psychoexperimentellen Denküberprüfung werden Mängel beim konkreten und abstrakten Denken ganz deutlich, sowie bei der Interpretation von Sprichwörtern. Des öfteren ist der Patient in Schlägereien verwickelt. Kleider- und Körperpflege vernachlässigt er ohne pflegerische Anleitung.

Der Beginn des chronisch progredienten Verlaufs des Patienten läßt sich durch die fehlenden objektiven Angaben nicht genau datieren. Angaben des Patienten zufolge sei er schon in der DDR, von wo er im Alter von 28 Jahren zusammen mit seiner Frau und seiner Stieftochter nach Westdeutschland flüchtete, über Land gefahren, um Schuhe zu reparieren. Noch während des Lageraufenthaltes allerdings wurde die Ehe geschieden, denn er mißtraute seiner Frau, die "vornehme" Wäsche eines Herren reinigte. Sogleich ging er auf Wanderschaft und arbeitete nur noch gelegentlich. Wegen kleinerer krimineller Delikte wurde er einige

Male zu Gefängnisstrafen verurteilt.

Während des nun fünfjährigen ununterbrochenen Klinikaufenthaltes im Bezirkskrankenhaus wurde er von Jahr zu Jahr fauler und phlegmatischer. Da er bezüglich Körper- und Kleiderpflege, Aufstehen am Morgen etc. immer intensivere Überwachung benötigt, mußte er zuletzt auf eine geschlossene Abteilung verlegt werden. Aber auch das scheint ihn nicht zu stören. Weiterhin läuft er gleichgültig-stumpf, die Hände in den Hosentaschen tief vergraben, läppisch grinsend, untätig auf Station umher. Er klagt über nichts und scheint mit der Befriedigung seiner primitiven Bedürfnisse wie Essen, Trinken und Schlafen völlig zufrieden zu sein.

Zwar nimmt er an der Arbeitstherapie teil, erbringt allerdings nur minimalste Leistungen.

3.12.0.0 Patient M

Letzter Untersuchungsbefund vom 19.08.1983

Nachfolgende Residualsymptomatik findet sich derzeit bei dem nun 57-jährigen Patienten M: Autismus, Kontaktlosigkeit, hochgradige Affektveränderung, Kritik- und Urteilsunfähigkeit, Auflockerung des Gedankengangs und hochgradige Verschrobenheit.

Im Gespräch wirkt er umständlich, weitschweifig, zuweilen stark aufgelockert bis zerfahren, so daß immer ein regelrechtes pseudowissenschaftliches Gefasel entsteht. Gelegentlich kommt er dann doch wieder auf das eigentliche Thema zurück, so daß eine formale Denkstörung im Sinne von geordneter Ideenflucht sicherlich vorliegt. All dies trägt er mit leiernd-monotoner Stimme, fast predigend vor.

Immer sitzt er alleine herum, hält mit niemandem Kontakt, malt Zeichen auf die täglich gelesene Zeitung, korrigiert die Bibel, was seine Hauptbeschäftigung ist. Er gibt aus paranoiden Gründen Männern nicht die Hand, da dies einen schlechten Einfluß auf seine Aura habe, wähnt auf Station überall böse Geister, die ihn beeinflussen, reagiert sehr empfindlich und mißtrauisch, wenn er sich mißachtet oder bedroht fühlt. Dadurch, daß sich auch die Mitpatienten auf seine Eigenheiten einstellen und ihn in seinem Autismus in Frieden lassen, kommt es kaum noch zu Reibereien auf der Station. An Stationsaktivitäten wie Faschingstanz oder Ausflug nimmt er auch auf intensivstes Zureden nicht mehr teil und energisch wehrt er sich gegen jede kleine Änderung seines Tagesablaufes. Einerseits neigt Herr M zur Verwahrlosung und Sammeln von Unrat, andererseits kann er seine Interessen enorm hartnäckig durchsetzen, kämpft recht mutig und realistisch um sein Recht, beispielsweise als ihm in einer Reinigung seine verschmutzte Jacke zurückgegeben wurde und der Reinigungspreis dafür verlangt wurde. Dabei geht er dann sehr konsequent vor, läßt sich nicht einschüchtern oder demütigen.

Affektiv wirkt er stark abgestumpft. Lediglich Themen die Frauen oder Sexualität betreffen rufen bei ihm noch eine emotionale Regung hervor. Insgesamt erhebt er gegen jeden Anklage, alle sind ihm schlecht gesonnen. Auch seine ernst-freudlose Mimik drückt die affektive Ablehnung aus.

Die Krankheit begann 1957, während der Patient noch Chemie studierte. Damals mußte der 31-jährige erstmals stationär behandelt werden. Während die Krankheit chronisch progredient fortschritt, mußte er mehrere Male in verschiedenen Nervenkrankenhäusern aufgenommen und behandelt werden und die Bereitwilligkeit seiner Angehörigen sowie

die Unterstützung eines Klassenkameraden ermöglichten es, ihn immer wieder für kurze Zeit zu entlassen. Seit der letzten Aufnahme 1975 bis heute war dies allerdings nicht mehr möglich. Er wurde stets eigensinniger und verschroener, zog sich völlig zurück und im Laufe der Jahre wurden tätliche Aggressionen auch immer seltener beobachtet. Regelmäßig geht er in die hauseigene Arbeitstherapie und erbringt dort akzeptable Leistungen.

3.13.0.0 Patientin N

Letzter Untersuchungsbefund vom 30.08.1983

Das psychopathologische Zustandsbild der nun 65-jährigen Patientin N wird insbesondere durch folgende Residualsymptomatik charakterisiert: Autismus, hochgradige Antriebsverarmung, Kontakt- und Initiativlosigkeit, Affektverflachung, Sprachträgheit, bizarr hyperkinetische Bewegungsabläufe und fortwährendes Halluzinieren. Immerzu wirkt sie abgelenkt und abwesend. Grund dafür ist sicherlich ihr ständiges in sich Hören, das ständige Lauschen akustischer Halluzinationen. Auch ihre unwirsch, mürrisch-gereizten und ablehnenden Reaktionen bei Gesprächsversuchen lassen sich somit erklären. Spontan spricht sie nie etwas, abgesehen von den leisen, nicht zu verstehenden Selbstgesprächen. Nur wiederholtes Befragen und Drängen veranlaßt die Patientin etwas zu sagen. Dabei wirkt sie einmal ratlos, einmal verärgert und offensichtlich gestört. Ganze Sätze formuliert sie kaum einmal. Meist spricht sie mit leiser, kaum verständlicher, flüsternder Stimme nur einige unzusammenhängende Worte. Häufig setzt sie zwar zum Reden an, bricht dann aber nahezu immer nach

einigen Worten ab. Danach folgen dann meist längere Pausen, während derer sie ratlos im Zimmer umherschaut, mit ihrem Blick irgendwo gespannt haften bleibt, allerdings nichts Bestimmtes fixierend. Meist sieht sie ihren Gesprächspartner ganz kurz mit weit aufgerissenen Augen an, bewegt die Lippen, als wollte sie sprechen, schüttelt einmal negierend den Kopf oder macht abweisende Handbewegungen. Unklar bleibt dann immer, ob dies im Sinne adäquater Antworten oder Reaktionen auf ihre akustischen Halluzinationen gewertet werden soll oder ob dies eben nur hyperkinetische und somit unbedeutende Bewegungen sind. Denn äußerst auffällig ist die ständige Bewegungsunruhe der Patientin. Sie grimassiert, zuckt flüchtig mit dem Mundwinkel oder den Augenbrauen, rutscht unruhig auf dem Stuhl hin und her, führt Torsionsbewegungen mit dem Oberkörper und den Armen aus, schlägt ruckartig und unkontrolliert die Beine übereinander, wippt kurz darauf wieder mit dem Oberkörper und zeigt stereotyp reibende Handbewegungen. All diese Bewegungen verstärken sich insbesondere bei Fragen, die ihre Person betreffen und die sie offensichtlich unangenehm berühren, sodaß man dann von vermehrten Expressivbewegungen sprechen muß.

Die Denkleistung läßt sich nicht insgesamt beurteilen, denn auf Fragen, die sie selbst betreffen, antwortet sie inkohärent und zerfahren und auch inhaltlich werden dabei Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen offensichtlich. Ganz anders ist ihre Denkleistung bei der psychoexperimentellen Prüfung zu beurteilen. Hier gelingt es ihr, das Wesentliche herauszuholen und nur bei den Sprichwörtern lassen sich Beziehungsideen und haftendes Denken feststellen.

Frau N leidet nachweislich seit 1947, damals war die Patientin 29 Jahre alt, an der beschriebenen Geisteskrankheit. Der Verlauf gestaltete sich derart, daß zunächst

leichtere, später schwerere Schübe mit längerdauernden Klinikaufenthalten auftraten. Seit 1954 allerdings besteht chronische Progredienz, weshalb es auch nie mehr möglich war, die Patientin zu entlassen.

Die hyperkinetischen Bewegungsunruhen traten offensichtlich erst vor etwa 15 Jahren auf. Denn seit dieser Zeit etwa finden sich in der Krankenakte entsprechende Einträge. Heute stellen diese einen wichtigen Teil der Krankheit dar.

War die Patientin zu Beginn ihrer Erkrankung und auch noch lange Zeit danach völlig selbständig, was ihre Körper- und Kleiderpflege betraf, so bedarf sie doch heute sorgfältige und intensive pflegerische Betreuung, denn aufgrund ihrer so starken Antriebsstörung würde sie sicherlich sehr bald verwahrlosen.

Erwähnenswert bleibt noch, daß die früher häufig auftretenden psychotischen Exacerbationen mit Schimpfausbrüchen und aggressiven Tätlichkeiten während der letzten Jahre immer seltener beobachtet wurde. An der Arbeits- und Beschäftigungstherapie beteiligt sie sich nicht.

3.14.0.0 Patientin O

Letzter Untersuchungsbefund vom 13.09.1983

Derzeit wird das psychopathologische Bild der nun 70-jährigen Patientin, die sich bereits seit 27 Jahren ununterbrochen in stationärer Behandlung im Bezirkskrankenhaus befindet, durch die Residualsymptomatik Antriebs- und Kontaktverarmung, Autismus, Interesselosigkeit und Manieren des Handelns und des Denkens geprägt. Besonders erwähnenswert ist ihr Affekt, der zwar pathologisch, je-

doch keineswegs erloschen ist. Insbesondere im Zusammenhang mit ihren Wahn- und alogischen Beziehungsideen entsteht, wenn heute auch seltener, aus der meist freundlichen, eher heiteren Stimmung, plötzlich ein umnotivierter Verstimmungszustand, der offensichtlich als leichte Exacerbation der Grundkrankheit gedeutet werden muß. Sie zieht sich dann völlig zurück. Ihrem Verhalten nach läßt sich dann darauf schließen, daß sie unter dem Einfluß von akustischen Halluzinationen steht, da sie häufig vor sich hinflüstert. Aber gelegentlich kommt es dann zu heftigen Streitereien mit anderen Patienten, da sie dann in feindseelig-gereizter Stimmung harmlose Begebenheiten ihrer Umgebung wahnhaft gegen diese richtet. Der veränderte Affekt wird auch ganz deutlich, wenn sie ihre abnorm verschrobenen Ideen vorträgt. Sie wird dann bedeutungsvoll, hintergründig und vieldeutig, was auch in ihrer Sprache zum Ausdruck kommt, wenn sie laut gereizt, leise bis flüsternd oder geheimnisvoll spricht. Ihr Denken ist massivst beeinträchtigt. Formal sind Störungen im Sinne von Inkohärenz und Gedankensprung festzustellen, so daß meist nur verworren-verschrobene Reden resultieren. Die Störungen sind aber nur in den Gedankeninhalten sichtbar. Das, was die Patientin sagt, bleibt immer verständlich. Außerdem kommen immer wieder auch sprachlich originelle Wendungen vor, die mit reger Gefühlsbeteiligung vorgebracht werden. Inhaltlich wird ihr Denken durch Beeinträchtigungs- und Beziehungsideen und durch Erinnerungsfälschungen stark beeinflusst. Bei der Denküberprüfung fielen insbesondere die Beeinträchtigung des konkreten, abstrakten und kritischen Denkens auf.

Neben den verworrenen Reden legte sich die Patientin noch viele Manieren zu. Derzeit teilt sie immer noch Mitpatientinnen in solche mit schwarzem und normalem Blut ein, voll-

führt bestimmte Riten mit ihrer Schürze und ihren Schuhen oder zählt in zwanghafter Weise, während sie arbeitet, was sie als Arbeitsriffel bezeichnet.

In ihren motorischen Äußerungen wirkt die Patientin spontan. Aber eine qualitative Abänderung der Psychomotorik ist nicht feststellbar, insbesondere sind Mimik und Gestik nicht grob krankhaft verändert.

Die Krankheit begann im Jahre 1939, als die Patientin 26 Jahre alt war. Wahnideen politischer und religiöser Art, Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen und hyperkinetische Erregungszustände waren damals vordergründig. Da die Patientin sich während der Jahre zwischen 1942 - 1956 keinerlei psychiatrischer Behandlung unterziehen mußte, kann für diese Zeit eine teilweise Remission angenommen werden.

Dagegen verläuft die Krankheit seit 1956 chronisch. Während des langen Krankheitsverlaufs kam es trotz medikamentöser Therapie und psychagogischen Bemühens zu einer deutlichen Persönlichkeitsveränderung. Die Beschreibung der Krankheitsakte zu Beginn ihres jetzigen Aufenthaltes im Bezirkskrankenhaus, während der Zeit dazwischen und auch noch jetzt, sind nahezu immer gleich.

3.15.0.0 Patientin P

Letzter Untersuchungsbefund vom 23.09.1983

Das psychopathologische Zustandsbild der heute 63-jährigen, mageren und jünger erscheinenden, Patientin wird durch folgende Residualsymptomatik gekennzeichnet: Autismus, Kontaktlosigkeit, Antriebsstörungen, Interesselosigkeit, hochgradige Urteils- und Kritikschwäche, Halluzinationen, sowie Wahn-, Beziehungs- und Verfolgungsideen.

Auf Station sitzt sie meist in starr-steifer Haltung auf einem Stuhl, unbeweglich. Gequält wirkt ihr maskenhafter Gesichtsausdruck, fixierend ihr Blick, so daß sie hölzern und abwesend erscheint.

Im Gespräch gibt sie durchaus bereitwillig Auskunft, spricht meist leise-monoton, gelegentlich entwickelt sie einen regelrechten Rededrang.

Ihre mißmutig-unzufriedene Stimmung schlägt manchmal in starke Gereiztheit um, besonders, wenn man Zweifel an ihren Aussagen äußert. Dann wird sie laut, reagiert verärgert, was ihren noch relativ gut erhaltenen Affekt zeigt. Im Vordergrund stehen bei der Kranken jedoch Halluzinationen hauptsächlich akustischer und hypochondrischer Art, sowie Beziehungsideen, was auch ihr Verhalten bestimmt. Im Gespräch beschwert sie sich immer wieder darüber, daß ihr "Stuhlgang aufgehalten" wird, weswegen sie auch die Nahrungsaufnahme verweigert. Verantwortlich dafür macht sie einen Dr. M. Ein Dr. K hat ihr angeblich "Atomsplitter in den Fuß rein getan." Außerdem beklagt sie sich des öfteren über Belästigungen im Genitalbereich, wofür sie einen Patienten verantwortlich macht, der früher einmal das Essen auf die Station brachte. Darüber, sowie über Selbstbefriedigung, ebenfalls ein zentrales Thema der Patientin, erzählt sie in hemmungslos-ordinärer, illustrativer Weise. Immer scheinen auch Phoneme vorhanden zu sein. Sie gibt an, die Ärzte, ihren Bruder und ihre Tochter sprechen zu hören. Sie selbst sagt: "Ich muß ja immer den Dr. M hören und meine Tochter, auch ein Doktor aus dem Sudetenland, aber der will nicht genannt sein." Gefragt, woher die Stimmen kämen, meint sie: "Die Stimmen, das ist eine moderne Erfindung, aber keine Krankheit...." Der Gedankengang der Patientin ist also auf bestimmte Themen eingeschränkt, Gedankensprünge und haftendes Denken erschweren es, die Kranke auf ein bestimmtes Thema zu

fixieren, denn immer wieder kommt es zu Entgleisungen. Auffallend gut sind jedoch die Leistungen bei der psychoexperimentellen Denküberprüfung, sowie bei der Wiedergabe der objektiven Vergangenheit. Auch der intellektuelle Bereich mit Merkfähigkeit und Auffassung sind wenig gestört, krankhafte Erlebnisse und Wirklichkeit also streng getrennt, so daß das Denken hauptsächlich durch Mangel an Konzentration gelockert ist.

Ihr Bewegungsspiel ist deutlich verlangsamt. Haltungsverharren, Mitmachen und Gegenhalten waren positiv, womit sich sicherlich auch der vom Kissen abgehobene Kopf beim Liegen erklären läßt.

Die Krankheit der Patientin verlief zunächst in Schüben mit anfangs noch größeren Zeitabständen relativer Besserung, die sich jedoch immer mehr verkürzten. Chronizität besteht sicherlich seit 1964, damals war Frau P 44 Jahre alt. Aufgrund des starken Persönlichkeitsabbaues und der seither immer vorhandenen schizophrenen Symptomatik, konnte sie bis heute nicht mehr aus der stationären Behandlung des Bezirkskrankenhauses entlassen werden.

Immer wieder, und auch heute noch, wechselten Zeiten relativer Besserung mit hochpsychotischen Episoden, in denen sie unruhig-getrieben, drohend und gespannt war, auf ordinärste Weise schimpfte, sich dann hauptsächlich im Genitalbereich belästigt fühlte und in aggressiver Weise Mitpatienten schlug. Zu den vielfältigen hypochondrischen Beschwerden gesellten sich auch häufig Geruchshalluzinationen, oft klagte sie beispielsweise über "Odelgeruch" in der Nase.

Arbeitete sie zu Beginn ihres ununterbrochenen Aufenthaltes auch noch regelmäßig, so verweigert sie doch heute meistens, sich an der Arbeitstherapie zu beteiligen. Einerseits weil sie sich aufgrund ihrer hypochondri-

schen Beschwerden krank fühlt und andererseits aufgrund ihrer Interesslosigkeit und Antriebsverarmung. Letztere sind auch dafür verantwortlich, daß sie mehr und mehr Hilfe und Anleitung zur Körperpflege benötigt und auf sich alleine gestellt, sicherlich bald verwahrlosen würde.

3.16.0.0 Patient Q

Letzter Untersuchungsbefund vom 06.10.1983

Heute kennzeichnet primär die Residualsymptomatik Antriebs-, Kontakt- und Interesslosigkeit, Autismus und Affektverflachung das psychopathologische Bild des 52-jährigen Patienten, der sich nun seit 1972 ununterbrochen in stationär psychiatrischer Behandlung im Bezirkskrankenhaus befindet. Sein Gedankengang ist eingengt auf seine sexuellen Probleme, die seine Masturbation und seine wiederholten Bordellbesuche umfassen, sowie auf sein Rauchverhalten. Er klagt sich deswegen nicht nur unentwegt an, sondern erklärt damit auch seine subjektiv empfundene Denkstörung, die er im Sinne von Gedankenabreißen, -entzug und -lautwerden, Aufoktroiren von Fremdd Gedanken durch unbekannte Personen und Konzentrationschwäche erlebt.

Die ständig vorgebrachten Wahnideen in Form von Beeinträchtigungs-, Beeinflußungs- und Verfolgungsideen nennt er immer wieder im Zusammenhang mit seinem schuldhaft erlebten Onaniekomplex, den er allerdings ziemlich einförmig vorträgt. Ständig spricht er von Hypnosegefühl, Suggestion und vieles mehr, wodurch er sich beeinflusst fühlt. So, wie er seine Wahnideen, die auch absurde Ideen und

Todesangst beinhalten, vorträgt und vor allem auch in welchem Zusammenhang, klingen sie jedoch mehr als Erklärungsideen. Größenideen treten zwar heute in den Hintergrund, doch glaubt er immer noch, daß man ihm seine Manneskraft und seine Talente genommen habe, um sie anderen zukommen zu lassen.

Sinnestäuschungen, die er einmal als Stimmen, das andere Mal als Deutungen bezeichnet, scheinen immer bei ihm vorhanden zu sein. Allerdings verbindet er heute damit wohl mehr Rechtfertigungsversuche für seine so ausgeprägte ambivalente Einstellung. Beispielsweise fragt er: "Herrgott, darf ich rauchen und dann sagt er ja." Bemerkenswerter Weise beklagt er sich nicht über diese akustischen Halluzinationen, obgleich er sich dadurch mehr oder weniger verunsichert, belästigt ja sogar gequält fühlt.

Der Gang seiner Rede ist schleppend, stockend, ideenflüchtig und inhaltlich haftend. Geradezu gegensätzlich jedoch war sein Antwortverhalten bei der psychoexperimentellen Überprüfung des Denkens. Hierbei nämlich war er konzentriert und schlagfertig, traf nahezu immer das Wesentliche und bewies somit durchaus gutes Urteilsvermögen. Seine starr-steife Mimik drückt Müdigkeit und eine depressive, mißmutig-gequälte Verstimmung aus. Motorisch ist er stark verlangsamt und schwunglos. Insgesamt erscheint er selbstunsicher, gehemmt, unterwürfig und still, häufig auch mißtrauisch. Krankheitseinsicht ist vorhanden, zukünftig wünscht er sich die Unterbringung und Versorgung in einem Heim. Spontaneität erkennt man heute nur noch in seinen plötzlichen, völlig unmotivierten aggressiven Impulsausbrüchen, wobei er sowohl massiv auf Personen seiner Umgebung einschlägt, als auch Sachen beschädigt.

Hin und wieder deutet er auch Suizidgedanken an.

Äußerlich erscheint er durchaus gepflegt, wenngleich er

dazu die Aufforderung und die Hilfe des Pflegepersonals benötigt.

Der chronisch progrediente Verlauf begann 1952, damals war Q 21 Jahre alt. Zunächst standen neurasthenische Beschwerden wie Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, Arbeitsunfähigkeit, Kopfschmerzen und eine depressive Verstimmung im Vordergrund. Er machte sich Selbstvorwürfe und klagte über uncharakteristische hypochondrische Beschwerden. Wenig später schon gesellten sich Beeinflussungs- und Hypnoseerlebnisse, Verfolgungsideen, massive Beeinträchtigungs-, Bedeutungs- und Beziehungsideen von politischem und sexuellem Charakter, sowie akustische Sinnestäuschung hinzu. Dann wurde er tätlich aggressiv. Gedankenaufdrängen, -lautwerden und -entzug beklagte er wenig später. Größenideen und Wortneubildungen waren immer wieder festzustellen. Nur selten wich seine depressive Verstimmung. Niemals während des nun 31-jährigen Krankheitsverlaufes ließ er von seinen Selbstvorwürfen wegen seiner Masturbation und seines Rauchverhaltens ab. Mag er anfangs an der Änderung seines Problems interessiert gewesen sein, heute jedoch reagiert er mehr oder weniger gleichgültig, flüchtet sich in sein ambivalentes Verhalten.

Obgleich er viele Male entlassen wurde aus der stationären Behandlung, gab es nie Phasen völliger Symptomfreiheit. Zu Beginn seiner Krankheit äußerte sich seine Psychose in hochakuten Schüben, nach deren Abklingen er immer wieder kurzzeitig seinen Beruf ausüben konnte, wenngleich die Intervalle zwischen Entlassungen und erneuter Aufnahme in die Klinik immer kürzer wurden. Der Persönlichkeitsabbau schritt allmählich so weit fort, daß seit elf Jahren nun eine Entlassung nicht mehr möglich war.

In der Arbeitstherapie, die er nur sehr unregelmäßig besucht, erbringt er schon seit langem nur dürftige Leistungen.

3.17.0.0 Patient R

Letzter Untersuchungsbefund vom 19.10.1983

Der nun 47-jährige Patient R, dessen gepflegte äußere Erscheinung darauf hinweist, daß er sich aktiv um seine Körper- und Kleiderpflege kümmert, befindet sich seit 1962, also 21 Jahre, ununterbrochen in stationärer Behandlung im Bezirkskrankenhaus.

Zur Zeit besteht die nachfolgende Residualsymptomatik bei Herrn R: Autismus, Kontaktlosig- und Interesslosigkeit und affektive Nivellierung. In Gesprächen zeigt er keinerlei Gefühle und reagiert nicht auf ihm entgegengebrachte Gefühle. Entsprechend ist er im Gespräch immer abgewendet und tritt mit seinem Gesprächspartner nahezu nie in direkten Blickkontakt. Somit entsteht keinerlei Kontakt zwischen ihm und Patienten, Pflegepersonal und Ärzten. Immer bleibt er ganz alleine und völlig isoliert von der Gemeinschaft. Dazu paßt auch, daß seine Sprache nicht modulationsfähig ist. Außerdem gehört zur Residualsymptomatik seine hochgradige paranoide Einstellung, die durch Beeinträchtigungs-, Beziehungs- und Versündigungsideen zum Tragen kommt, wobei die Gedanken mehr oder weniger immer das Gepräge eines Größenwahns zeigen. Dabei erlebt er seine Umgebung als abosolut feindlich und sieht sich dem übermächtigen Intrigenspiel ausgeliefert.

Was das Denken betrifft, so ist festzustellen, daß er im Gespräch wenig sagt. Aber das, was er sagt, ist immer sinnvoll und paßt zu der im angebotenen Gesprächsthematik. Die differenzierte Wortwahl und die stellenweise scharfen Gedanken und Formulierungen werden während des gesamten Gesprächs auch durchgehalten. Dies erweckt im Gesprächspartner die Erwartung, daß es gelingen wird,

sich mit dem Patienten im Wechselgespräch zu verständigen. Um so deutlicher tritt dann das schwer gestörte Kontaktverhalten hervor, mit der Weigerung sich am Gespräch zu beteiligen.

Der anfängliche Verlauf - der Beginn läßt sich mittels anamnestischer Angaben mit dem Jahre 1956 datieren - präsentierte sich so, daß die ersten Schübe in relativ kurzen zeitlichen Abständen akut auftraten, die Krankheitssymptomatik stürmisch und mannigfach war, die Schübe relativ gut remittierten, der Patient jedoch nie völlig symptomfrei war und deshalb immer nur in gebessertem Zustand, meist auf Drängen der Mutter und des Patienten selbst, entlassen werden konnte. Deshalb muß der Verlauf von Anfang an als chronisch betrachtet werden.

Während der nun ununterbrochenen stationären Behandlung änderte sich am Zustand von Patient R kaum etwas. Immer wieder kam es zu schweren psychotischen Exacerbationen. Meist standen dann ungeordnete Bewegungstürme im Vordergrund, während derer er dann erregt war, einen kaum zu bremsenden Rededrang entwickelte und zu impulsartigen Handlungen neigte.

Die geschilderte Symptomatik bestand unverändert von Anfang an. Dazu gesellten sich später noch Entfremdungserscheinungen. Die früher sehr ausgeprägte und produktive Wahnsymptomatik tritt jetzt mehr und mehr in den Hintergrund. Dem entspricht auch die Tatsache, daß er sein Erleben in nicht mehr gleichem Maße wahnhaft interpretiert wie früher und damit seine Persönlichkeitsstörung deutlich erkennt und darauf mit schweren Suizidimpulsen- und handlungen reagiert.

Seit er in dem Haus für chronisch Kranke untergebracht ist, nimmt er zwar regelmäßig an der hauseigenen Arbeitstherapie teil, erbringt jedoch nur spärliche Leistungen.

3.18.0.0 Patientin S

Letzter Untersuchungsbefund vom 31.10.1983

Die kleine, mollige Patientin S wirkt bei bloßer Betrachtung völlig unauffällig. Äußerst gepflegt, höflich und zuvorkommend ist ihr Erscheinen.

In ihrer Redseligkeit geht sie auf alle Fragen ein und berichtet auch spontan psychotische Inhalte in maniriert-gezierter Sprechweise. Gehoben, flach euphorisch ist ihre Grundstimmung, sodaß sie gelegentlich selbst Klagen heiter-betriebsam vorbringt. Allerdings gibt es auch Phasen, in denen sie gequält ist, insbesondere dann, wenn sie sich verbiethenden, imperativen Stimmen ausgeliefert fühlt.

Diese nämlich schränken Frau S sehr stark in ihrer Handlungsfreiheit ein. Die Folge sind einerseits "Unterlassungsmanieren" wie beispielsweise Mutismus während bestimmter Zeiten, Nahrungsverweigerung, Stehen auf dem Platze oder sie läuft lange Zeit kleinschrittig, dabei hölzern wirkend, auf und ab. Dieses Verhalten erklärt sie mit verbiethenden, imaginären Stimmen, die ihr "Befehle" von oben geben. So begründet sie auch noch weitere, zwanghaft anmutende Handlungen: z. B. darf sie nur auf dem Flur bügeln, darf den Fernsehraum nicht betreten, muß täglich zur gleichen Zeit Häkelgarn im Badezimmer sortieren und vieles mehr. Ob die eigenartigen Oberkörperbewegungen, die sowohl im Sitzen als auch beim Stehen zu beobachten sind, Folge langjähriger Neuroleptikatherapie sind, bleibt offen. Das gleiche gilt auch für die oralen Bewegungsautomatismen.

Insgesamt ist der Affekt der Kranken recht gut erhalten. Beeinträchtigungs- Verfolgungs- und Vergiftungsideen, sowie absurde Größenideen bestimmen inhaltlich das Denken der Kranken. Vagheit und Inkohärenz sind als formale

Störungen feststellbar.

Die Krankheit der Patientin begann um das Jahr 1947, als Frau S 35 Jahre alt war, und nahm zunächst einen Verlauf in Schüben. Zunächst lagen große Zeitabstände zwischen den notwendigen stationären Aufnahmen, dann aber bedingt durch akute psychotische Zustände. Seit fünf Jahren allerdings ist sie ununterbrochen im Bezirkskrankenhaus in stationärer Behandlung und alle Versuche, die Kranke in ein Altersheim zu verlegen, scheiterten bisher. Immer nämlich, wenn man ihr diese Möglichkeit vorschlägt, wird sie akut psychotisch, weigert sich dann energisch mit der Begründung, dort würden Menschen in winzig kleine Männchen verwandelt. Diese würden ihr ins Essen geworfen, die zum einen ihr die Nahrung wegessen und zum anderen ihren Körper durchlöchern und zerfressen würden.

Während ihrer Klinikaufenthalte zeigte sie immer, wie auch heute noch, in kurzen Zeitabständen verstärkte psychotische Symptomatik, insbesondere halluzinatorische Beeinflussung durch imperative Stimmen und haptische Trugwahrnehmungen. Dann verharrt sie längere Zeit fast regungslos und lauscht ihren Stimmen und fühlt sich dann auch durch Bestrahlung beeinträchtigt.

Eben gerade während Zeiten akuter psychotischer Exacerbationen benötigt Frau S intensive pflegerische Betreuung, da sie dann unter anderem auch die Nahrungsaufnahme verweigert.

In Zeiten der Besserung ihres psychotischen Zustandes arbeitet die Kranke sehr fleißig. Halbtags besucht sie die Arbeitstherapie. In ihrer Freizeit beschäftigt sie sich mit Handarbeiten.

3.19.0.0 Patientin T

Letzter Untersuchungsbefund vom 09.11.1983

Das psychopathologische Zustandsbild der 49-jährigen, jünger erscheinenden Patientin T wird derzeit durch folgende Residualsymptomatik charakterisiert: hochgradiger Autismus und totale affektive Nivellierung, sowie eine ausgeprägte Denkverarmung und Antriebsstörung.

Ein geordnetes Gespräch läßt sich mit der Patientin nicht führen, ein Kontakt mit ihr kommt nicht zustande. In ihrem Verhalten wirkt sie hochgradig gespannt, ablehnend und mürrisch, klagt unentwegt, daß sie so fertig sei mit den Nerven und nicht schlafen könne, beklagt sich fortwährend über Lärmbelästigungen, selbst, wenn völlige Ruhe herrscht und bringt immer wieder hypochondrische Beschwerden vor. So behauptet sie beispielsweise am ganzen Körper zu zittern, obgleich sie wie erstarrt darsitzt.

Alle klagt sie wegen vorsätzlicher Bosheiten an.

Ihre hochgradige Antriebsstörung kommentiert sie selbst, sagt: "Ich hab' an gar nix mehr Interesse, ich hab' keine Kraft mehr...." Deshalb sitzt sie völlig lahm, matt und unbeteiligt-stumpf herum, sondert sich vollkommen von den anderen ab und bleibt immer passiv, desinteressiert und ablehnend.

Ihre Grundstimmung ist depressiv und unzufrieden, ihre Mimik ist so leer und ausdruckslos, daß diese einem Maskengesicht gleichkommt.

Ihr Affekt ist völlig inadäquat, mal lacht sie läppisch, mal weint sie, mal bittet sie innständig um Hilfe, um sich dann im nächsten Moment völlig desinteressiert abzuwenden und davonzulaufen.

Insgesamt zeigt sie ein kindliches Anlehnungsbedürfnis, streichelt einem die Hand, aber schon im nächsten Moment

kann dieser Anflug von Zärtlichkeit verraucht sein, so daß sie unwirsch und verärgert reagiert.

Aufgrund ihres ablehnenden Verhaltens läßt sich ihr Denken nur schwerlich beurteilen. Die meisten an sie gerichteten Fragen bleiben unbeantwortet, oder sie kommt über lange Strecken von einem Thema, das sie gerade beschäftigt, nicht los oder sie äußert nur einige unwirsche Floskeln wie: "das geht Ihnen gar nix an", "ich kann nimmer", "mei' Ruh' möcht' ich ham" und ähnliches. Aufgrund ihres Antwortverhaltens kann man insgesamt von einer Denkverarmung sprechen. Formal ist der Gedankengang sicher gestört in Form von haftendem Denken, Denkhemmung, Sperrung und Gedankenabreißen. Aufmerksamkeit, Urteils- und Kritikvermögen sind nahezu gänzlich erloschen. Psychomotorisch wirkt sie völlig verlangsamt und in ihrer Körperhaltung eigenartig steif.

Sie zu beschäftigen ist aufgrund ihres nörgelnd-gereizten und ablehnenden Verhaltens nicht möglich.

Die Krankheit verlief sehr schwer und von Anfang an chronisch progredient. Schon mit 14 Jahren mußte sie erstmals stationär behandelt werden, nachdem sie schon einige Zeit zuvor psychisch sehr auffällig war. Die große Geduld ihrer Eltern machten es überhaupt nur möglich, die Patientin während des nun 35-jährigen Verlaufs immer wieder nach Hause zu entlassen. Völlige Symptombefreiheit bestand nämlich nie. Und trotz intensiver Therapiemaßnahmen blieb sie immer unberechenbar in ihrem Verhalten. Mal trank sie Parfüm, mal machte sie einen Suizidversuch mit Tabletten, mal schlug sie auf Personen ihrer Umgebung ein.

Aufgrund ihrer völligen Unselbstständigkeit benötigt sie immer Aufsicht und pflegerische Hilfe.

Während der vielen Jahre gelang es auch nie, sie dauerhaft zu beschäftigen.

3.20.0.0 Patientin U

Letzter Untersuchungsbefund vom 18.11.1983

Autismus, Kontakt- und Interesselosigkeit, Antriebsverarmung und ein ausgeprägter Negativismus sind die wesentlichen Merkmale der heute 62-jährigen Patientin.

Auf Station führt sie mehr oder weniger ein Eigenbrötlerdasein, wobei sie sich weder um Mitpatienten, noch um Pflegepersonal kümmert.

Stimmungsmäßig ist die Kranke latent aggressiv, was schon ihr permanent feindselig-verstockter, mürrisch-grimmiger Gesichtsausdruck zeigt. Diese Aggressivität tritt aber offen zutage, wenn man sich ihr näher zuwendet, so, als wir versuchen, mit ihr ins Gespräch zu kommen. Sie erregt sich heftig, schimpft, meist mit undeutlicher Sprache und wird auch hin und wieder tätlich. Versucht man dennoch mit ihr Kontakt aufzunehmen, so flüchtet sie entweder, läuft dann ziel- und planlos hin und her oder sie zeigt ihre Ablehnung durch eigenartig verdrehte Körperhaltungen. Beispielsweise bleiben die Beine in ihrer Ausgangsstellung ruhig stehen, während sie Oberkörper und Kopf ruckartig in eine andere Richtung dreht.

Die Patientin leidet neben der psychischen Krankheit noch zusätzlich an einem Parkinsonsyndrom mit im Vordergrund stehendem Tremor, der sich bei Erregung dann erheblich verstärkt.

Während sie schimpft, lacht sie auch einige Male ganz kurz auf, was den Eindruck eines ambivalenten Verhaltens macht.

Das Denken läßt sich aufgrund der fehlenden Kooperationsbereitschaft der Patientin natürlich nicht beurteilen. Allerdings wirken die gebotenen Sprachäußerungen nicht grob zerfahren.

Pflegerisch bereitet sie derzeit kaum Probleme, lediglich eine intensive Überwachung der Nahrungsaufnahme und Medikamenteneinnahme ist dringend notwendig, da sie versucht diese zu erbrechen, weil sie sich vergiftet fühlt. Sie ist nicht bereit in die Arbeitstherapie zu gehen. Nur gelegentlich verrichtet sie einige anfallende Hausarbeiten, aber auch nur dann, wenn man sie nicht dazu drängt.

Aufgrund mangelnder objektiver Angaben läßt sich zum Verlauf der psychischen Erkrankung von Frau U nur wenig sagen. Erstmals stationär behandelt wurde sie, als sie 31 Jahre alt war. Damals diagnostizierte man in der Nervenklinik München eine "erhebliche Minderbegabung mit pseudodementen Zügen" bei der Patientin, wobei die gebotenen intellektuellen Leistungen sehr schwankten. Über die Zeit danach bis zu ihrer Einweisung ins Bezirkskrankenhaus im Jahre 1978 weiß man nur, daß sie in Ingolstadt lebte und, daß sie schon 1956 berentet wurde. Während des nun seit 1978 bis heute ununterbrochenen Aufenthaltes im Bezirkskrankenhaus änderte sich ihr Zustandsbild nie, so daß zumindest für diesen Zeitraum Chronizität angenommen werden muß.

Nie war während dieser fünf Jahre eine regelrechte Anamneseerhebung noch eine ergiebige Gesprächsführung mit der Patientin möglich. Bei Explorationsversuchen reagierte sie immer in negativistischer Weise. Entweder antwortete sie überhaupt nicht, sondern schimpfte nur in heftiger Erregung oder sie berichtete immer wieder in stereotyper Weise von ihrem Lageraufenthalt, verwies auf den Bürgermeister bzw. Kommissar Badenbach, der ja über sie Bescheid wußte. Dies entspricht einer Denkverarmung, wobei einige wenige Gedanken in immer gleicher Form vorgebracht werden.

Ihre zunächst oft auftretenden Erregungszustände nahmen

zuletzt an Frequenz und Intensität ab. Allerdings muß sie weiterhin bezüglich Medikamenten- und Nahrungsaufnahme sorgfältig überwacht werden.

3.21.0.0 Patient V

Letzter Untersuchungsbefund vom 30.11.1983

Die nachfolgende, stark ausgeprägte Residualsymptomatik, bestimmt das psychopathologische Zustandsbild des heute 41-jährigen Kranken V. Autismus, hochgradige Antriebsstörung, Kontakt-, Interesse- und Initiativlosigkeit, Sprachträgheit, Affektverflachung und vor allem ständiges Halluzinieren, was sowohl Verhalten wie auch sein Denken in höchstem Maße beeinflußt. Immer wirkt er auf den Betrachter geistesabwesend und abgelenkt, egal wo man ihn antrifft. Im Gespräch läßt er sich nur äußerst selten einmal auf Fragen fixieren, meist antwortet er überhaupt nicht oder in zerfahrenem Gedankengang. Dabei wirkt er immer abgelenkt, streift mit seinem Blick im Zimmer umher, bleibt dann plötzlich mit seinen Augen bei unwesentlichen Dingen haften, spricht leise vor sich hin, grimassiert oder lacht inadäquat vor sich hin. Sicherlich lauscht er immer wieder seinen akustischen Halluzinationen, spricht mit diesen in Rede und Gegenrede und schimpft oft laut und aggressiv, besonders, wenn man versucht, mit ihm Kontakt aufzunehmen. Spontan spricht er mit anderen Personen zwar nie, doch äußert er auf wiederholtes Befragen immer wieder Wahnvorstellungen, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen. Deshalb handelt er oft verschroben und zwanghaft, ist derzeit beispielsweise kaum ins Bett zu bringen, da er

glaubt, im Schlafsaal lägen Schweine und Schlangen. Oder er verweigert die Medikamenteneinnahme und Nahrungsaufnahme. Für seine von Zeit zu Zeit auftretenden verbalen Aggressionen in Form von lauten Schimpfattacken - ganz im Gegensatz übrigens zu seiner ansonsten leisen, monotonen Sprechweise - sind wahrscheinlich ausschließlich auf die akustischen Halluzinationen zurückzuführen. Sitzt er auch meist ruhig, mit gebeugtem Rücken und in die Ferne gerichtetem Blick, steif irgendwo herum, so läuft er doch häufig auch stundenlang im Wohnsaal umher, dabei kaum Hindernisse beachtend, völlig abgelenkt. Formal ist sein Denken im Sinne von Inkohärenz, Ablenkbarkeit, Denkhemmung und haftendem Denken sicherlich gestört, so daß sein Reden paralogisch wird. Um so überraschender sind seine Denkleistungen bei der psychoexperimentellen Überprüfung. Hier konzentriert er sich plötzlich auf die Fragen, kann meist das Wesentliche dazu sagen, wenngleich er auch immer sehr lange braucht, bis er überhaupt spricht oder auch mehrmaliges eindringliches Drängen notwendig war. Aber weder erwähnenswerte formale, noch inhaltliche Denkstörungen wurden festgestellt. Sorgfältige und ständige pflegerische Betreuung ist bei V hinsichtlich Körperpflege, Kleidung, Medikamenteneinnahme und Nahrungsaufnahme unbedingt erforderlich.

Die Krankheit verlief rasch chronisch progredient. Eigen- und fremdanamnестischen Angaben zufolge, datiert sich der Beginn um das 16. Lebensjahr herum. V versagte damals gänzlich in der Schule, saß zu Hause nur noch antriebslos herum, arbeitete immer nur, solange man ihn dazu anhielt, verlor an allem das Interesse und führte damals schon häufig Selbstgespräche. Gegenstand dieser Gespräche in Rede und Gegenrede war zumeist eine Beleidigung zweier kleiner Mädchen aus seiner Nachbarschaft,

die ihn einmal "Eierkopf" nannten. Dies beschäftigte ihn anscheinend so sehr, daß es zu diesen merkwürdigen Zwangserrscheinungen kam. Auch intensivste therapeutische Maßnahmen konnten den ständig fortschreitenden Persönlichkeitsabbau nicht verhindern. Trotz einiger Entlassungen aus den Nervenkrankenhäusern trat bei dem Kranken nie völlige Symptombefreiheit auf.

Wechselte auch im Laufe des nun 24-jährigen Krankheitsverlaufes die Inhalte seiner Wahnvorstellungen, das Stimmenhören belästigte ihn ununterbrochen. Kam es auch früher immer wieder zu brutalen tätlichen Aggressionen im Rahmen psychotischer Exacerbationen, entläßt er sich heute nur noch mit verbalen lauten Schimpfereien und höchstens einmal drohendem Verhalten. Häufig gerade dann, wenn man versucht Kontakt mit ihm aufzunehmen. Und gerade dabei kann man seine Abgelenktheit, sein Widerstreben sich auf etwas anderes zu konzentrieren als auf seine Halluzinationen, besonders deutlich registrieren. Denn reagiert er überhaupt, dann meist nur träge, stark verspätet und meist mit bruchstückhaften Reden, die zerfahren wirken. Immer scheint er vollauf mit sich beschäftigt zu sein.

Produktive Arbeitsleistungen erbrachte er bis heute nie.

3.22.0.0 Patient W

Letzter Untersuchungsbefund vom 26.11.1983

Bei W besteht derzeit eine sehr schwere Residualsymptomatik, mit völliger affektiver Versandung, hochgradiger Kontaktgestörtheit, totaler Interesse- und Initiativlosigkeit und ausgeprägtem Autismus, starrer Mimik. Nur

hin und wieder wird sein ausdrucksloses Gesicht durch ein läppisch-ratloses Lächeln aufgelockert. Entweder läuft er ziel- und planlos, mit scheu-ängstlichem Blick, auf Station herum oder er sitzt stumpf auf einem Stuhl. Ein Gespräch läßt sich mit ihm nicht führen, denn entweder antwortet er gar nicht oder mit "weiß ich nicht." Manchmal spricht er zwar ein Wort, was dann aber völlig inadäquat scheint. Dieser Zustand wird hin und wieder von plötzlichen unmotivierten massiven Aggressionen durchbrochen. Körper- und Kleiderpflege muß ständig überwacht oder für ihn ausgeführt werden.

Die Krankheit von W verlief, beginnend mit seinem 16. Lebensjahr, äußerst schwer. Von Anfang an besteht Chronizität. Trotz intensiver therapeutischer Maßnahmen konnte während des nun 27-jährigen, ununterbrochenen Klinikaufenthaltes nie eine wesentliche Änderung der Symptomatik erreicht werden, wenngleich hin und wieder andeutungsweise Besserungen bemerkt wurden.

Kurzfristig wechselte sein Verhalten in der Anfangszeit zwar einmal von der autistisch-mutistischen Form in eine euphorisch-distanzlose, auf plumpe Art und Weise kontakt-suchende Form, jedoch verfiel er sehr bald wieder in das bis heute bestehende Verhalten. Die Residualsymptomatik änderte sich bei dem nun 42 Jahre alten Patienten nie. Die Erstbeschreibung der Krankenakte unterscheidet sich nicht von der späteren Beschreibung und auch nicht von dem jetzigen Zustand. Immer noch antwortet er auf alle an ihn gestellte Fragen entweder "weiß ich nicht" oder er antwortet gar nicht. Außerdem steht er entweder starr an einem Platz oder läuft ziellos auf und ab, nie ein Wort sprechend.

Zu irgend einer Arbeit war er bis heute nie zu bewegen.

3.23.0.0 Patientin X

Letzter Untersuchungsbefund vom 06.12.1983

Im Vordergrund steht heute bei der 73-jährigen, stark abgemagerten Patientin, die folgende Residualsymptomatik: Autismus, Antriebs- und Kontaktstörungen, affektiver Nivellierung, verschrobener Verhaltensweisen und durch Beeinträchtigungsideen und Größenideen.

Auf Station sitzt sie meist völlig teilnahmslos und in sich versunken herum oder beobachtet mit angstvoll geweiteten Augen regungslos ihre Umgebung. Den Oberkörper fest an die Rückenlehne des Stuhles gepreßt, die Arme fest vor der Brust verschränkt, die Beine krampfartig übereinander geschlagen sitzt sie starr da. Diese Sitzhaltung nahm sie auch bei der Exploration an, während derer sie uns mit ernstem mißmutig-mißtrauischem Blick angespannt fixierte. Auf konkret gestellte Fragen wird sie immer unwirsch, hochfahrend und widerstrebend. Entweder antwortet sie gar nicht, sagt "das geht sie doch nichts an" oder redet vorbei, gelegentlich stellt sie auch aufgrund ihrer Größenideen unsinnige Forderungen an uns. Der Tonfall ihrer Stimme ist nörgelnd und anklagend, ihre erloschene Mimik erinnert an ein Maskengesicht. Mit zunehmender Explorationsdauer entwickelt sie dann eine quengelige Unruhe, steht auf, will gehen, setzt sich dann auf gutes Zureden wieder nieder, schaut aber dann verächtlich zur Seite. Gelegentlich huscht auch ein angedeutetes Lächeln über ihr Gesicht, wenn gleich sie auch dann keine größere Bereitschaft zeigt. Bezüglich ihrer Situation gehen ihr Urteils- und Kritikvermögen völlig ab. Deutlich ist ihr Affekt verflacht. Zwar ist sie widerstrebend und rechthaberisch, erregt sich auch hin und wieder kurzzeitig, doch geschieht dies

ganz oberflächlich. Aufgrund ihrer ablehnenden Haltung läßt sich ihr Denken zwar schwer beurteilen, doch ist es sprunghaft und zerfahren. Psychoexperimentell fielen insbesondere Störungen bei den Unterschiedsfragen auf. Nicht nur im Gespräch, sondern auch im Verhalten zeigte sich eine deutliche Ambivalenz. Beispielsweise will sie nicht sprechen, tut es doch häufig oder behauptet nichts essen zu können, da sie das Essen nicht verträgt, ißt dann aber hastig und gierig, so daß sie sogar teilweise ihre Gabel niederlegt und mit bloßen Händen ißt. Ihre Antriebslosigkeit und ihre Ablehnung verhindern, daß sie auch nur zu minimalen Tätigkeiten herangezogen werden kann. Mit Vorliebe schreibt sie allerdings Zettelchen und Briefchen verschrobenen, deutlich Größenideen zeigenden, Inhaltes.

Der Beginn der chronisch progredient verlaufenden Krankheit läßt sich nicht genau fixieren. Immerhin war sie vor ihrer stationären Aufnahme vor 30 Jahren schon auffällig und mußte auch Jahre zuvor schon einige Male in der Nervenklinik München ambulant behandelt werden. Die Persönlichkeitsveränderung war schon damals weit fortgeschritten.

In Zeiten relativer Besserung stand oder saß sie immer in starr gebundener Haltung abseits von den anderen. Sehr oft kam es allerdings in relativ kurzen zeitlichen Intervallen zu hochgradigen Unruhezuständen, während derer sie psychomotorisch getrieben stundenlang rastlos umherwanderte, verbunden mit leerer Geschäftigkeit. Immer bereitete sie große Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme, die sie häufig verweigerte, offensichtlich aufgrund von Beeinträchtigungsideen. Unerklärlicherweise stahl sie Mitpatientinnen ihr Essen, nahm sich Essensreste aus dem Abfalleimer oder trank Wasser aus dem WC-Becken. Zeitweise aß sie so wenig, daß man sie sogar

mit der Sonde ernähren mußte. Während der letzten Jahre ließ ihre Aggressionsneigung nach, ihr einförmiger Größenwahn wurde dagegen immer deutlicher. Immer wieder überraschte sie mit Manieren und verschrobenen Ideen. Zuletzt scherte sie sich ihren Kopf kahl, sobald sie einer Schere habhaft wurde.

Nur sorgfältige pflegerische Betreuung vermochten ihre Verwahrlosungstendenz zu kaschieren während der langen Aufenthaltszeit. Diese waren auch immer nötig, um ihren reduzierten Ernährungszustand nicht weiter fortschreiten zu lassen.

Aufgrund ihrer erheblichen Antriebsstörung tut sie auch heute überhaupt nichts.

3.24.0.0 Patient Y

Letzter Untersuchungsbefund vom 14.12.1983

Derzeit wird das psychopathologische Zustandsbild des nun 43-jährigen Patienten Y durch die ausgeprägte Residualsymptomatik Autismus, emotionale Verflachung, wobei er aufgrund seiner flachen Euphorie eine allgemeine Gleichgültigkeit an den Tag legt, sowie Antriebsmangel, Interesse- und Kritiklosigkeit und insbesondere die gestörte Motorik charakterisiert. Eben diese Bewegungsstörung, die den ganzen Körper mit einbezieht, und durch den ruckartigen Ablauf auffällt, vermittelt ein bizarres hyperkinetisches Bild. Im Gesicht entstehen durch das Einschließen plötzlicher kurzer Bewegungen, die nicht zur gerade vorherrschenden Miene passen, Verzerrungen und Grimassen. Gleichzeitig laufen dabei so viele schwer beschreibliche Körperbewegungen ab, die aber gerade charak-

teristisch für seinen bizarren Bewegungsablauf sind. Entsprechend ist sein großschrittiger, werfend-schlenkernder Gang und seine vertrakte Haltung, wenn er steht oder sitzt. Aufgrund dieser psychomotorischen Unruhe läßt er sich auch kaum arbeitstherapeutisch fördern. Seine verschrobenen Ideen beinhalten mehr kindliche Phantastereien. So nennt er sich little Jo, spricht vom King Kong und ähnlichem, unterhält sich auch hin und wieder in Rede und Gegenrede mit solchen Filmfiguren und lacht sehr oft dabei laut auf. Affektiv ist er zumindest noch so weit schwingungsfähig, daß er sich erregt, wenn ihm irgend etwas mißfällt. Auffälligkeiten bietet auch seine Sprache. Er antwortet immer in kurzen, manchmal telegrammstilartigen Sätzen, aber immer ganz rasch. Zwischen zwei Sätzen macht er immer eine kurze Pause. Das Denken ist zwar aufgrund seiner mangelnden Antwortbereitschaft nur schwer zu beurteilen, doch sind Inkohärenz, haftendes Denken und Gedankensprünge sicher feststellbar.

Die Krankheit des Patienten begann um das zwanzigste Lebensjahr, nahm einen schleichend progredienten Verlauf und führte schon bald zur Chronizität.

Zunächst waren seine vorgebrachten paranoiden Ideen das Auffälligste. Er fühlte sich verfolgt und beeinträchtigt, war dabei ängstlich, ratlos und weinerlich. Seit Anfang 1965 fielen dann den Untersuchern auch immer mehr die motorischen Störungen des Patienten auf. Zunächst wurden diese zwar noch allgemein als lebhaft Grimassen und Gestikulationen, als Manieren oder unaufhörliche Unruhe beschrieben. In der Folgezeit aber fanden sich dann immer detailliertere Beschreibungen seiner skurrilen, grotesken und bizarren Bewegungen, die heute ein zentrales Symptom seiner Krankheit bilden. Zwar erntet er heute sowohl für diese Faxen als auch für seine so verschrobenen Äußerungen häufig Lacherfolge und wird vom Pflegepersonal

als durchaus liebenswert geschildert, unter anderem, weil er kaum aggressiv ist. Andererseits bereitet er gerade diesem viel Arbeit, denn ohne Hilfe und Aufforderung pflegt er sich überhaupt nicht und würde auch keine Medikamente einnehmen. Er gilt als einer der unsaubersten Patienten auf Station, was er immer wieder gerade bei den Mahlzeiten beweist. Hier sitzt er in schneidersitz-artiger Haltung circa ein Meter vom Tisch entfernt, benutzt lieber die Hände als das Besteck und verstreut in großem Umkreis Essen.

3.25.0.0 Patientin Z

Letzter Untersuchungsbefund vom 23.12.1983

Die Krankheit der heute 52-jährigen Patientin führte zu einem erheblichen Persönlichkeitsabbau, hauptsächlich geprägt durch folgende Residualsymptomatik: Autismus, Kontaktlosigkeit, ausgeprägter Initiativ- und Interesselosigkeit sowie Starrheit der Bewegung. Sie wirkt wesentlich vorgealtert, adynam und resigniert-gequält. Beobachtet man sie nur, so fällt insbesondere ihre Steifheit, die Starre ihrer Körperhaltung auf. Meist nämlich sitzt sie abseits von den anderen auf einem Stuhl, die Arme vor dem Bauch verschränkt, die Beine übereinandergeschlagen, starr den Oberkörper aufgerichtet und die Schultern leicht hochgezogen. Bewegt sie sich doch einmal, dann immer ganz langsam und träge. Bei Gesprächsversuchen läßt sie sich kaum auf Fragen fixieren. Entweder schaut sie ihren Gesprächspartner nur mit fragend-staunendem Blick, dabei regungslos, an oder sie wendet sich ganz langsam ab und ver-

harrt dann in dieser Haltung, irgend einen beliebigen Punkt fixierend. Hin und wieder scheint sie auch zum Sprechen anzusetzen, doch eine Gegenteilstendenz hindert sie wohl daran, so daß nur sprechende Mundbewegungen zu sehen sind, was sicherlich ambivalente Tendenzen sind. Gelegentlich ist auch ein versteckt-spitzbübisches Lächeln in ihrem ansonsten mimik-verarmten Gesichtsausdruck zu registrieren. Spricht sie doch, dann immer sehr leise und mit wehklagendem Tonfall, ganz monoton. Kurz, telegrammstilartig sind ihre Äußerungen, jedoch syntaktische Störungen sind nicht festzustellen. Ihr Gedankengang wird über längere Zeiträume immer wieder gesperrt, sicherlich mitbedingt durch negativistische Tendenzen und affektive Ablehnung. Das schwer zu beurteilende Denken der Patientin ist aber formal sicherlich paralogisch gestört und inhaltlich klingen Beeinträchtigungsideen an, insbesondere gegen ihre Angehörigen. Bei der psychoexperimentellen Überprüfung des Denkens machte sie überraschenderweise sehr gut mit und, abgesehen von kleineren Fehlleistungen und Beziehungsideen bei der Interpretation von Sprichwörtern, waren keine gröberen Störungen festzustellen. Unterlassungsmanieren wie Mutismus und andere, wie z. B. wenn sie zur Toilette gehen möchte, dies aber aufgrund unüberwindlicher Gegenteilstendenzen nicht tut und in die Hose defäziert, erschweren natürlich ihr tägliches Leben. Ungewöhnlich ist auch ihr Eßverhalten. Dabei sitzt sie weit vom Tisch entfernt und immer zwischen zwei Bissen legt sie die Gabel auf den Teller zurück. Hinsichtlich Sauberkeit und Körperpflege bedarf sie sorgfältiger pflegerischer Überwachung und Betreuung, da sie zur Verwahrlosung neigt. Auch die Medikamenteneinnahme und Nahrungsaufnahme muß immer überwacht werden. Der nun 31-jährige Krankheitsverlauf der Patientin gestaltete sich derart, daß immer nur ganz schwere akute

Schübe zu ihren wiederholten Klinikaufnahmen führten. Zwar lebte sie dazwischen immer wieder längere Zeit, zwischendurch sogar 13 Jahre, zu Hause, doch mußte sie immer von ihren Angehörigen, hauptsächlich von der Mutter, versorgt werden. Die Krankheit begann, als die Patientin 21 Jahre alt war. Deswegen muß man den Verlauf als periodisch bezeichnen. Regelmäßig nimmt sie an der Arbeitstherapie teil und erbringt auch gute Leistungen.

3.26.0.0 Patient AA

Letzter Untersuchungsbefund vom 29.12.1983

Autismus, Initiativlosigkeit und akustische Dauerhalluzinationen kennzeichnen klinisch den psychischen Zustand des 62-jährigen Kranken AA. Sowohl formale als auch inhaltliche Denkstörungen sind erheblich. Abgesehen von den akuten psychotischen Erregungszuständen mit Selbst- und Fremdaggressionen ist affektiv keine Schwingungsfähigkeit mehr erkennbar. Mimik und Gestik sind erloschen, der Gesichtsausdruck starr und ausdruckslos. Ein natürlicher Kontakt ist nicht herstellbar. Die völlige Interesselosigkeit, auch sich selbst gegenüber, macht eine gute pflegerische Betreuung notwendig, da AA ansonsten sicherlich sehr bald verwahrlosen würde. Außerdem ist der so erhebliche Persönlichkeitsabbau auch durch Konzentrationsmangel, leichten Parakinesen, Antriebsverarmung und Haltungsverharren, sowie Haltungsstereotypien gekennzeichnet. Die dauernde Beschäftigung mit seinen psychotischen Erlebnissen erzeugt beim Gesprächspartner den Eindruck einer Abgelenktheit und Abwesenheit. Infolge dieses psychischen Zustandes scheint

der Patient gestellte Fragen beliebig zu beantworten, was erst recht den Eindruck massiver formaler Denkstörungen erzeugt. Echolalie und Verbigerationen fallen bei der Sprache ebenfalls auf. Bei den Visiten verhält er sich unterwürfig, meist läppisch-ängstlich lächelnd. Der Krankenverlauf war von Beginn an chronisch progredient und führte bei dem Patienten AA zu der so stark ausgeprägten Wesensveränderung.

Die derzeit bestehende Residualsymptomatik bestand während des nun 35-jährigen Verlaufs immer. Nur sein Verhalten wechselte von substuporös bis subeuphorisch mit psychomotorischer Unruhe. Nie blieben die kurzzeitige und plötzlich auftretenden Erregungszustände mit brutalen Aggressionen gegen sich selbst und Personen seiner Umgebung aus. Häufig resultierte dann auch eine ausgesprochene Zerstörungswut, wobei er Mobiliar zertrümmerte. Arbeitstherapeutisch läßt sich Herr AA nicht fördern.

3.27.0.0 Patientin BB

Letzter Untersuchungsbefund vom 10.01.1984

Zur Zeit charakterisiert die folgende Residualsymptomatik das psychopathologische Zustandsbild der nun 42-jährigen adipösen Patientin: schwere Kontaktstörungen, Verlust zielgerichteter Eigeninitiative, ausgeprägter Mangel an affektiver und sozialer Anpassungsfähigkeit, Antriebsverarmung, Kritik- und Urteilsunfähigkeit, Interesselosigkeit, ausgeprägte Denkstörungen und immerzu vorhandene Wahnideen und Sinnestäuschungen.

Im Gespräch zeigt sich die Kranke in ihrer affektiven Zuwendung recht schwankend. Mal ist sie freundlich, gibt

bereitwillig Antwort, mal wird sie plötzlich verbal aggressiv. Sie schimpft dann mit ordinären Ausdrücken, kündigt an zu gehen, läßt sich aber mit einigen freundlichen Worten immer wieder besänftigen und fühlt sich dann offensichtlich geschmeichelt. Dabei erkennt sie dann einige Male die Situation und versucht auf anzüglich pubertäre Weise mit uns zu flirten. Inhaltlich wird ihr Denken durch zahlreiche Wahnideen, die sowohl eine religiöse wie auch eine sexuelle Komponente beinhalten, bestimmt. Zwar machen sich immer wieder Dis-simulationstendenzen bemerkbar, doch sehr oft verliert sie die Kontrolle, äußert dann auch Größenideen. Z. B. behauptet sie, in Verbindung mit verschrobenen Abstammungsideen, daß sie Anastasia, die russische Zarentochter sei oder absurde Ideen: " Ich war nämlich schon öfters tot", "Ich war schon in der Hölle unten." Auch Beeinträchtigungs-ideen und Verfolgungs-ideen, optische und akutstische Halluzinationen nennt sie in zahlreicher Form: Ein alter Mann, der in sie reinging, als sie im Bett lag, "das ganze Blut hat er mir unten rausgemacht", "den Teufel hab' ich gesehen", "Ich sah, wie der Himmel sich öffnete, da draußen hab' ich's gesehen: blond, weißes Haar, derweil war's die Mutter Gottes" und vieles mehr. Allerdings waren zwei Aspekte doch besonders auffällig. Zum einen die ständig vorhandene läppische Komponente: sie verhält sich gleichgültig, lacht nahezu nach jeder Aussage in irgendeiner Form, mal läppisch-frech, mal spitzbübisch-hinterhältig, mal einfach frech, so daß die nötige Ernsthaftigkeit fehlt. Zum anderen vermissten wir den entsprechenden Leidensdruck, zumindest konnte ihr phlegmatisch-wurstiges Verhalten einen solchen nicht vermitteln. Aber sicherlich leidet sie darunter, daß sie keinen Ehepartner hat. Formal ist ihr Denken durch Ideenflucht und Paralogie gestört, wenn-

gleich syntaktische Fehlleistungen nicht festzustellen sind. Auf Station zieht sie sich meist zurück und nimmt nur zu solchen Mitkranken Kontakt auf, über die sie bestimmen kann und die sie beeinflussen kann. Selbständig tut sie nie etwas, alles muß man ihr anordnen. Auffallend ist auch ihr asoziales Verhalten: sie meckert, schimpft, zeigt eine hohe Anspruchshaltung und nutzt schwächere Patientinnen hemmungslos aus. Ihrer Krankheit steht sie völlig kritiklos gegenüber und den Ernst ihrer Lage vermag sie nicht zu erkennen.

Die Geisteskrankheit der Patientin setzte Anfang der 60er Jahre ein. Sie wechselte sehr häufig ihre Arbeitsplätze, konnte sich nirgends richtig einordnen und fiel durch kritikloses, distanzloses und uneinsichtiges Verhalten auf. Ab dem Jahre 1964 machten die immer stärker hervortretenden Krankheitserscheinungen wiederholte stationäre Behandlungen in Nervenkliniken und Nervenkrankenhäusern notwendig. Anfangs entließ man die Kranke nach Abklingen der akuten Zustände immer wieder in gebessertem Zustand nach Hause. Seit 1970, bis heute, war dies allerdings nicht mehr möglich. Im Längsschnitt zeigte sich ein chronisch progredienter Verlauf.

Nach wie vor wechselten allerdings Zeiten, in denen die Kranke akut psychotisch war, viele Wahnideen und vielfältige Sinnestäuschungen vorbrachte, unruhig, stark erregt und aggressiv war, mit besseren Zeiten ab. Dennoch korrigierte sie auch dann ihre Wahnideen nicht völlig und ihr Verhalten wurde hauptsächlich durch die ungünstigen Auswirkungen ihres immer weiter fortschreitenden Persönlichkeitsabbaues bestimmt. Heute wirken sich alleine schon die so starken Veränderungen der Gefühlsphäre auch außerhalb der akuten Exacerbationen derart nachhaltig aus, daß sie ohne entsprechende Aufsicht sicherlich sowohl vom äußeren Erscheinungsbild als auch sitt-

lich sehr schnell völlig verwahrlosen würde.

Auf Station arbeitet sie in der hauseigenen Arbeitstherapie, erbringt auch ganz annehmbare Leistungen. Bemerkenswert dabei ist aber, daß sie sich zwar über die schlechte Bezahlung, nicht aber über die einförmige, unselbständige Arbeit beklagt.

Erwähnt werden sollte auch noch, daß ein Bruder der Patientin auch schon wegen geistiger Erkrankung zweieinhalb Jahre im Bezirkskrankenhaus stationär behandelt werden mußte, derzeit zu Hause lebt, jedoch arbeitsunfähig ist.

3.28.0.0 Patient CC

Letzter Untersuchungsbefund vom 19.01.1984

Im Vordergrund des Krankheitsprozesses bei dem heute 56-jährigen, jünger aussehenden Kranken CC, steht zur Zeit folgende Residualsymptomatik: Autismus, deutliche Antriebsschwäche, Ablehnung, ausgeprägte veränderte Affektivität, Interessenverarmung, Initiativlosigkeit, Urteils- und Kritiklosigkeit sowie Verfolgungs-, Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen und daraus resultierendes hochgradiges Mißtrauen.

Herr CC ist ein absoluter Einzelgänger auf der Station und meidet jeglichen Kontakt. Versucht man dennoch mit ihm ins Gespräch zu kommen, so läßt sich höchstens ein oberflächlicher Kontakt herstellen. Doch sobald man auf seine Krankheit zu sprechen kommen möchte, reagiert er sofort ablehnend, verärgert und unwirsch, nimmt eine mißtrauisch-drohende Haltung ein und weigert sich kategorisch, dazu Stellung zu nehmen. Arrogant lächelnd,

jedoch sichtlich erregt und verunsichert, läuft er dann davon, betont, daß er dazu nichts zu sagen habe und beobachtet dann mit übertriebener Aufmerksamkeit alles, was um ihn vorgeht, ängstlich, dabei ständig in Abwehrbereitschaft. Gelingt es, ihn unbemerkt zu beobachten, so lassen die vielfältigen Bewegungen seiner weit aufgerissenen Augen, bei ansonsten nahezu erstarrter Mimik und Körperhaltung, auf eine innere Abgelenktheit schließen. Sicherlich aufgrund seiner beständigen paranoiden Einstellung gestaltet er seinen Tagesablauf so einförmig. Während der Woche geht er, weil dazu verpflichtet, zwar zur Arbeitstherapie, doch verrichtet er völlig eintönige, unselbständige Arbeiten, wozu er sich bemerkenswerter Weise auch nicht hinsetzt, sondern stehend immer wieder die Geschehnisse seiner Umgebung mißtrauisch beobachtet. In seiner Freizeit tut er überhaupt nichts Produktives, interessiert sich für gar nichts und verzichtet sogar mit verschrobenen Begründungen auf den ihm genehmigten Hofgang. Wahrscheinlich läßt sich sein Verhalten auf die häufig vorgebrachten Beeinträchtigungs- und Beziehungsideen zurückführen, was sich jedoch durch die bestehende Ablehnung nicht mir absoluter Sicherheit sagen läßt. Diese führte bisher aber nicht dazu, daß der Kranke verwahrloste, denn sein äußeres Erscheinungsbild ist daraus passabel.

Chronisch progredient verlief die nun seit 30 Jahren bestehende Krankheit von Herrn CC, trotz vielfältiger Therapieversuche.

Die immer wieder versuchsweise unternommenen Entlassungen waren nie von langer Dauer und nie bestand völlige Symptomlosigkeit. Meist kehrte er freiwillig, schon nach kurzer Zeit, ins Bezirkskrankenhaus zurück und begründete dann seine Entscheidung immer mit verschrobenen Ideen. Die beschriebene Symptomatik bestand eigentlich von An-

fang an, lediglich die brutalen Aggressionen des Kranken wurden während der letzten Jahre seltener beobachtet. Immer gleich war allerdings die Reaktion, sprach man ihn auf seine Erkrankung an. Während der ersten Jahre schilderte er seine paranoiden Ideen noch ausführlich, doch seit mehr als zwei Jahrzehnte leugnet er diese offensichtlich, äußert solche nur in Erregung, obgleich sein Verhalten beweist, daß sie immer bestehen. Lediglich qualitativ sind Unterschiede festzustellen. Sein ablehnendes und mißtrauisches Verhalten erschwert die Betreuung, denn in seinem Verhalten ist er stets unberechenbar und will man auf seine Erkrankung zu sprechen kommen, so zeigt er, wie schon während seines gesamten Krankheitsverlaufs, immer einen aufgebracht, unerklärlichen Affekt.

3.29.0.0 Patient DD

Letzter Untersuchungsbefund 30.01.1984

Eine Residualsymptomatik, bestehend aus autistische Zurückgezogenheit, Antriebsverarmung, Interesse- und Initiativlosigkeit, fehlender Spontaneität und ausgeprägter Denkverarmung kennzeichnet das Zustandsbild des 51-jährigen, leicht übergewichtigen und jünger aussehenden Patienten.

Ein Gespräch mit ihm erweist sich als unergiebig. Desinteresse, Konzentrationsmangel, Zerfahrenheit und leere Eintönigkeit seiner Aussagen machen es unmöglich, mit dem Patienten ein ernsthaftes und sinnvolles Gespräch zu führen. Auf Fragen läßt er sich nur schwerlich fixieren, kaum einmal bemüht er sich zu überlegen, ant-

wortet oft stereotyp "das weiß ich nicht" oder "ich kann nimmer denken", "im Kopf stimmt's nimmer" und ähnlichem. Spontan spricht er zwar nie, doch hat er einmal begonnen, so entwickelt er gelegentlich einen Rededrang, wenngleich er dann ungeordnet und zerfahren drauflosredet und auch regelmäßig vom Thema abkommt. Was er sagt ist schwer verständlich, denn er spricht leise, mit gleichbleibender monotoner Lautheit, mangelhaft akzentuiert und artikuliert, die letzten Worte eines Satzes murmelt er häufig nur noch. Affektiv ist er deutlich nivelliert, vielfach lacht er läppisch, selbst über seine bedauernswerte Situation. Lustlos-mißmutig ist seine Grundstimmung, hypomim sein Gesichtsausdruck. Die wenigen von ihm ausgeführten Bewegungen laufen mühsam, mit sichtlicher Anstrengung ab.

Der Verlauf seiner Erkrankung gestaltete sich chronisch progredient. Deutlich auffällige psychotische Veränderungen zeigte er zwar schon 22-jährig im Jahre 1954 während eines einmonatigen Aufenthaltes im Nervenkrankenhaus München, allerdings konnte damals noch keine sichere Diagnose gestellt werden. Doch schon ein Jahr später, bei seiner ersten Aufnahme, zeigte er eindeutige Symptome. Wie von dem Patienten zu erfahren war, bemerkte er mit 17 Jahren schon eine Veränderung seines Denkens im Sinne einer Denkverarmung. Bis heute bestand trotz kurzzeitiger Entlassungen nie Symptommfreiheit. Immerzu führte er Klage über Denkstörungen und Konzentrationsunfähigkeit, wie er es auch heute noch tut. Die ersten Jahre brachte er zwar noch zahlreiche weitere hypochondrische Beschwerden vor, die aber immer mehr in den Hintergrund traten. Tätliche Aggressionen wurden zwar nie beobachtet, allerdings häufig psychotische Exacerbationen mit Unruhezuständen und Gereiztheit, Schimpftriaden, gerichtet meist gegen seinen Vater, den er

aufs unflätigste beschimpfte, da dieser eine 22 Jahre jüngere Frau nach dem Tode seiner leiblichen Mutter heiratete. Die letzten Jahre traten solche Zustände nahezu zweimal im Monat auf. Meist verlangte er dann selbst seine Bedarfsmedikation und zog sich dann in sein Bett zurück. Früher war es auch nie möglich ihn länger arbeitstherapeutisch zu fördern. Die letzten Jahre beteiligt er sich zwar relativ regelmäßig an der hauseigenen Arbeitstherapie, wenngleich er dort eine völlig einförmige Arbeit verrichtet. Versuche, ihn zu einer sinnvollen Tätigkeit zu motivieren, lehnt er genauso ängstlich und entschieden ab, wie Vorschläge, die zur Veränderung seiner gesamten Situation beitragen könnten. Zukunftspläne hat er keine. Er möchte im Bezirkskrankenhaus bleiben.

3.30.0.0 Patient EE

Letzter Untersuchungsbefund vom 14.02.1984

Heute wird das Zustandsbild des 38-jährigen Patienten EE durch folgende Residualsymptomatik charakterisiert: Kontaktlosigkeit, ausgeprägte Affektstörungen, mangelhafte Kritik- und Urteilsfähigkeit, Desinteresse, stärkste motorische Störungen und ein formal und inhaltlich gestörter Gedankenablauf.

Moros gereizt ist seine Grundstimmung. Im Gespräch fällt zunächst eine gestörte Stimmbildung, sein gestörter Sprachverlauf, wie auch seine ausgeprägte hyperkinestische Bewegungsunruhe auf. Näselnde Lautbildung, deutliche Artikulationsstörungen und lallendes Wortgestammel bedingen den abgehackten Redefluß,

obgleich er häufig einen regelrechten Rededrang entwickelt. Neben den zahlreichen Gesichtsgrimassen laufen gleichzeitig zahlreiche ruckartige Bewegungen der Extremitäten ab. Rumpf und Kopf bleiben dabei nahezu immer in der gleichen starren Stellung. Hin und wieder lacht er ohne ersichtlichen Grund laut auf, beispielsweise als er zum Stimmenhören oder Beeinträchtigungsideen befragt wird. Beides ist übrigens sicher vorhanden. Sein Gedankengang ist formal im Sinne von Inkohärenz und Paralogie beeinträchtigt, inhaltlich eingeeengt auf Beschwerden über das Krankenhaus und das Thema Sexualität. Deutlich äußert er auch Größenideen und neigt zum Konfabulieren. Bei der psychoexperimentellen Denküberprüfung zeigt er enorme Auffassungsschwierigkeiten, Rechnen, kritisches und konkretes Denken fallen ihm besonders schwer. Er verhält sich distanzlos, erzählt plump-vertraulich über seinen "Trieb", wirkt gleichgültig und zeigt keinerlei Reue für seine kriminellen Handlungen. Zur Körper- und Kleiderpflege benötigt er intensive Betreuung, um nicht zu verwahrlosen.

Die Krankheit von Herrn EE verlief trotz intensiver therapeutischer Maßnahmen schleichend progredient. Sie begann, als er gerade 18 Jahre alt war, im Jahr 1963. Und nur die Bereitwilligkeit der Eltern ermöglichten es, daß er insgesamt 15 Mal für kurze Zeit entlassen werden konnte. Nie herrschte Symptommfreiheit, lediglich eine Besserung nach den vielen akuten Exacerbationen.

Von Anfang an, bis heute, fühlte er sich stark von akustischen Halluzinationen beeinträchtigt, was ihn derzeit wohl wenig stört. Auch die Beeinflussungsideen ließen nach. Was ihn während der letzten Jahre offensichtlich mehr beschäftigte, war sein sexueller

Trieb. Distanzlosigkeit, Aggressivität, Neigung zu Alkoholmißbrauch, kindische Streiche oder völlig unerklärliche Taten, wie Schmieren mit Kot, verhinderten es bisher, daß er in einem Pflegeheim verbleiben konnte.

Sowohl Umtriebigkeit, als auch widerstrebendes Verhalten, hinderten ihn, regelmäßig an der Arbeitstherapie teilzunehmen.

4.0.0.0 ERGEBNISSE

Die nachfolgenden Resultate wurden also am Erfahrungsgut der 30 persönlich nachuntersuchten schizophrenen Patienten gewonnen.

4.1.0.0 Allgemeine Daten

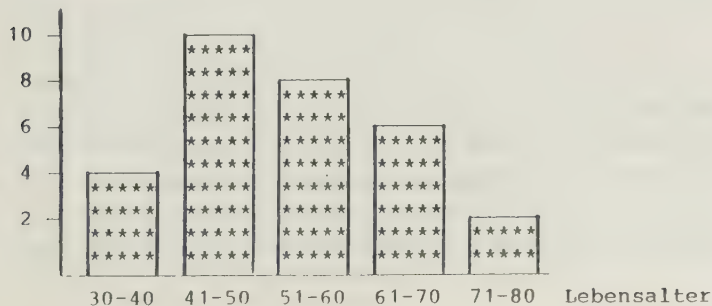
4.1.1.0 Katamnesedauer

Die durchschnittliche Erkrankungsdauer der 30 Patienten, gerechnet ab dem Zeitpunkt der ersten sicheren psychotischen Manifestation bis zur jetzigen katamnestischen Nachuntersuchung, betrug 28,9 Jahre. Davon lagen 16 Patienten unter 30 Jahre, vier Patienten unter 20 Jahre. Die Katamnesedauer ab dem ersten Krankheitsjahr unterscheidet sich dazu nur unwesentlich. Diese betrug nämlich im Durchschnitt 27,1 Jahre, also 1,8 Jahre weniger.

4.1.2.0 Lebensalter zur Zeit der Nachuntersuchung

Wie das folgende Histogramm zeigt, waren die meisten Kranken zur Zeit der Katamneseerhebung zwischen 41 und 70 Jahre alt.

Patientenanzahl



4.2.0.0 Anamnestiche und soziale Daten

4.2.1.0 Familiäre Belastungen (Nervenkrankheiten, Suizide)

In der näheren Verwandtschaft der Patienten F, K, O und P verstarben Personen durch Selbsttötung. Dabei litt der Vater des Patienten F an einer Schizophrenie. Außerdem versuchte die Mutter des Patienten K durch Suicid aus dem Leben zu scheiden, wurde jedoch gerettet.

Sicher litten Angehörige von fünf der nachuntersuchten Kranken an einer Nerven- bzw. Geisteskrankheit, nämlich:

- | | | |
|--|---|-----------------|
| - der Vater von Patient F | - | Schizophrenie |
| - der Vater von Patient E | - | Epilepsie |
| - eine Tante der Patientin S | - | Schizophrenie |
| - eine Cousine der Mutter
der Patientin T | - | Schizophrenie |
| - eine Cousine des Vaters
der Patientin T | - | Schizophrenie |
| - eine Tante des Patienten Z | - | Verfolgungswahn |

Weiterhin waren bzw. sind Angehörige der Patienten G, N, R, Z und BB nerven- bzw. geisteskrank. Eine genaue Krankheitsbezeichnung fehlt jedoch.

- der Vater des Patienten G litt an einem unbekannten Nervenleiden
- die Mutter des Patienten N war angeblich schwermütig
- eine Cousine (mütterlicherseits) des Kranken R verstarb in einer psychiatrischen Anstalt
- der Großvater des Patienten Z (Vater der Mutter) befand

sich sechs bis sieben Jahre im Bezirkskrankenhaus Haar, wo er auch verstarb

- ein Bruder der Patientin BB ist psychisch krank. Wahrscheinlich leidet er an einer schizophrenen Psychose

4.2.2.0 Gestörte soziale Familienverhältnisse (Broken home)

Mißliche, für die einzelnen Patienten sicherlich tiefgreifende Situationen ihrer Kinder- und Jugendzeit, sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle

<u>Situation</u>	<u>Patient(in)</u>
Verlust des Vaters durch Tod	F
Verlust der Mutter durch Tod	G
Scheidung der Elternehe	B, Y
Uneheliche Geburt	H, K, Q, X
Elternlose Erziehung	
a) zeitweilig oder dauernd in Heimen	B, D, E, K, Q, X, EE
b) zeitweilig oder dauernd bei Pflegeeltern	B, D, N, BB

4.2.3.0 Schulische Leistungen

17 der 30 Patienten absolvierten erfolgreich die Volksschule. Patient N besuchte im Anschluß an die Volksschule noch eine Handelsschule und Patient H mußte nach vier Klassen Gymnasium ausscheiden, da er versagte.

Patient G schloß mit der Mittleren Reife ab und Patient M

studierte nach dem Abitur problemlos Chemie, arbeitete jedoch danach nicht in seinem Beruf als Diplomchemiker. Zu den neun Schulversagern gehören die Patienten A, B, K, Q, U, Z, DD und EE. Sie alle mußten eine oder mehrere Volksschulklassen wiederholen.

4.2.4.0 Anamnestiche Daten zur prämorbidem Persönlichkeit

Tabellarische Auflistung

<u>Patient(in)</u>	<u>- Charakteristika</u>
A	- reiste vor ihrer 1. Aufnahme ziellos umher
B	- keine Berufsausbildung; ständiger Arbeitsplatzwechsel
C	- Berufsausbildung, jedoch danach ständiger Arbeitsplatzwechsel; heftige Streitereien mit seinen Eltern und Geschwistern
D	- Bettnäßer bis zum elften Lebensjahr; während der Lehrzeit im Erziehungsheim untergebracht, wo er Körper- wie Kleiderpflege vernachlässigte; Abbruch der Lehre, häufiger Arbeitsplatzwechsel; Reise-lust (auch in ferne Länder)
E	- häufiger Arbeitsplatzwechsel nach erfolgreicher Berufsausbildung
F	- in der Schulzeit: Einzelgänger, schüch-tern, brav; in der Lehre: aggressiv, jäh-zornig, vergeßlich, unaufmerksam, Neigung zu Bubenstreichen
G	- Bettnäßer; 'Hang zu Bubenstreichen; "Son-

Fortsetzung der tabellarischen Auflistung

Patient(in) - Charakteristika

- | | |
|---|--|
| G | - derling"; trotz erfolgreicher Berufsausbildung verrichtete er Gelegenheitsarbeiten und machte sich durch kleinere kriminelle Handlungen strafbar; schon mit 14 Jahren konsumierte er Alkohol |
| H | - keine Lehre; verschiedene Arbeitsplätze; nie Dauerbeschäftigung; schon früh Verwahrlosungstendenz |
| I | - immer langsam; schwerfällig; jährzornig; mit 15 Jahren zweimal Brandstiftung; Unterbringung in Landeserziehungsanstalt |
| K | - Abbruch der Lehre; Gelegenheitsarbeiten; Herumstreunen; Abenteuerlust; 16-jährig schon Eigentumsdelikte |
| M | - während des Studiums äußerte er mehrfach Vergiftungs- und Größenideen; war distanzlos |
| N | - Berufsausbildung; psychisch auffällig nach ihrer Heirat mit 22 Jahren |
| O | - erstmals mit 26 Jahren wegen Wahneinfällen auffällig |
| P | - mit 20 Jahren erstmals Wahnideen |
| Q | - Berufsausbildung; Verstimmungszustände; Konkurrenzdenken; Angstzustände; Selbstwürfe |
| R | - Berufsausbildung; häufiger Stellenwechsel; mit Ende der Schulzeit fühlte er sich "überreizt" |
| S | - unauffällig |
| T | - schon in der Kindheit ängstlich, kontakt- |

Fortsetzung der tabellarischen Auflistung

Patient(in) - Charakteristika

T	- arm, "schwermütig"; Verweigerung der Körper- und Kleiderpflege
U	- keine Angaben
V	- braver und stiller Junge; kontaktarm, antriebsarm, verlangsamt im Handeln; führte Selbstgespräche
W	- still, eigenwillig, verschlossen, abweisend, Einzelgänger; nach der Schulentlassung fahrig, desinteressiert, unkonzentriert
X	- Berufsausbildung, häufiger Stellenwechsel; kein Durchhaltevermögen
Y	- Abbruch der Lehre; Gelegenheitsarbeiten; in der Kindheit ruhig
AA	- unauffällig
BB	- keine Berufsausbildung; häufiger Stellenwechsel; oberflächlich
CC	- Berufsausbildung, häufiger Stellenwechsel
DD	- Berufsausbildung; Gelegenheitsarbeiten
EE	- mehrere Lehren abgebrochen; Gelegenheitsarbeiten

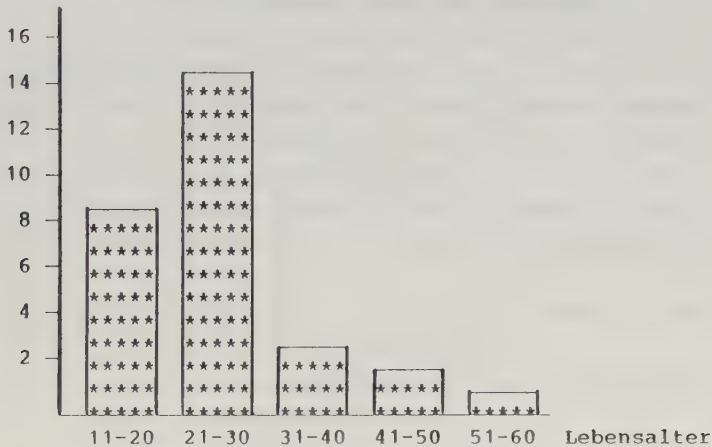
4.3.0.0 Langzeitentwicklung der schizophrenen Psychose

4.3.1.0 Erkrankungsalter bei Manifestation der Erkrankung

Wie aus dem nachfolgenden Histogramm hervorgeht, erkrankten vier Fünftel der nachuntersuchten Patienten bis zum

30. Lebensjahr.

Patientenanzahl



4.3.2.0 Zeitlicher Verlauf des Beginns der Erkrankung

Perakut, d. h. Einsetzen der Psychose innerhalb einer Woche, war bei den Patienten I, O, Y und CC zu beobachten. Nur bei dem Kranken N setzte die schizophrene Psychose akut, also innerhalb von vier Wochen ein. Einen subakuten Beginn innerhalb von zwei Monaten konnten wir bei keinem Patienten beobachten.

4.3.3.0 Chronische Entwicklung innerhalb von sechs Monaten

Bei den übrigen 25 Patienten unserer Nachuntersuchung mußten wir einen allmählichen Beginn feststellen.

4.3.4.0 Gravierende, subjektiv gewichtige Erlebnisse
in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit
der Erstmanifestation der Psychose beobachtet
(befristet auf vier Wochen)

Bemerkenswerter Weise war nicht bei einem einzigen Patienten eine somatische Erkrankung als Auslösefaktor erkennbar. Wenn überhaupt, so handelt es sich um psychische Reaktionen, die nachfolgend in einer stichpunktartigen Zusammenstellung nochmals in Erinnerung gerufen werden sollen.

Tabellarische Auflistung

<u>Patient(in)</u>	<u>- Auffälligkeiten</u>
A	- keine erkennbaren
B	- kriminelle Handlungen
C	- Antriebslosigkeit
D	- Antriebsmangel
E	- Angstzustände, Stimmenhören
F	- hypochondrische Beschwerden
G	- psychisch auffällig im Rahmen der Untersuchungshaft wegen krimineller Handlungen
H	- besonders auffällig nach dem Ableben seiner Mutter, die er eine Woche lang tot in der Wohnung behielt
I	- Brandstiftung
K	- kleine kriminelle Handlungen, Wahnideen
L	- Verwahrlosung, Streunen
M	- auffällig durch "gestörtes eigenartiges Benehmen"
N	- Wutanfälle
O	- paranoide Gedanken im Zusammenhang mit dem Tod ihres Vaters

Fortsetzung der tabellarischen Auflistung

Patient(in)	- Auffälligkeiten
P	- Schlaflosigkeit, sprunghaftes Verhalten Verfolgungsideen, unmotiviertes Lachen
Q	- Verstimmungszustände
R	- Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen
S	- motorische Störungen
T	- Angst, Vernachlässigung der Körper- und Kleiderpflege
U	- hörte nur noch Musik, eigenartiges Verhalten
V	- Kontakt-, Antriebs- und Interesselosigkeit, Selbstgespräche
W	- grundloses Lachen, fahrige Bewegungen, kontaktlos
X	- Verfolgungsideen
Y	- hypochondrische Beschwerden
Z	- Beeinträchtigungsideen
AA	- motorische Störungen, Stimmenhören
BB	- verschrobene Ideen
CC	- Suicidversuch
DD	- Angst, Kopfschmerzen, Augenflimmern
EE	- absurde Ideen, hypochondrische Beschwerden, Grimassen, eigenartige Sprechweise

4.3.5.0 Persönlich genannte Auslösefaktoren zur Zeit der
ersten Aufnahme. Stichpunktartige Zusammenstellung

Tabellarische Auflistung

Patient(in)	- Auslösefaktoren
A	- keine Angaben

Fortsetzung der tabellarischen Auflistung

Patient(in)	- Auslösefaktoren
B	- keine Angaben
C	- Kopfschmerzen, Schlafstörungen
D	- "unsittliche Kindheitserlebnisse", "Los des Außenseiters"; furchtbare Schmerzen in den Augen und am ganzen Körper verspürt, wenn er Frauen begegnete
E	- Stimmenhören, Verfolgungsideen, Angst
F	- hypochondrische Beschwerden
G	- Beeinträchtigungsideen
H	- keine Angaben
I	- Streitigkeiten mit den Eltern
K	- Gedankenabreißen
L	- "ein Gewächs", das ihm aus dem Kopf operiert wurde
M	- keine Angaben
N	- fühlte, daß sie anders geworden war
O	- sei vom Führer "hypnotisiert" worden
P	- plötzlich sei ihm vor den Augen rot geworden und habe einen wunderbaren Duft verspürt
Q	- Onanie während der Lehrzeit
R	- Onanie in der Jugendzeit
S	- Beeinträchtigungsideen
T	- keine Angaben
U	- keine Angaben
V	- Onanie
W	- Gedankenabreißen
X	- keine Angaben
Y	- es sei ihr "schlecht" gegangen
Z	- keine Angaben
AA	- keine Angaben

Fortsetzung der tabellarischen Auflistung

Patient(in) - Auslösefaktoren

BB	- Beeinträchtigungsideen
CC	- Beeinträchtigungsideen
DD	- "Anfälle"
EE	- vermeintliche Hodenentzündung

4.3.6.0 Persönlich genannte Auslösefaktoren zur Zeit der
Nachuntersuchung

Tabellarische Auflistung

Patient(in) - Auslösefaktoren

A	- keine verwertbaren Angaben
B	- keine verwertbaren Angaben
C	- Böswilligkeit seines Vaters, Streitereien mit den Eltern
D	- "Schlechtleben", "unsittliche Erlebnisse", Onanie
E	- "Stimmen hören", "innere Unruhe"; habe sich schon immer vor der Arbeit gedrückt
F	- keine verwertbaren Angaben
G	- nur wegen geringer Straftaten ins Bezirkskrankenhaus gekommen
H	- Mandelentzündung, "seelenkrank"
I	- schuld sei der Vater gewesen, der ihm einen Hodenbruch zufügte
K	- Straftaten
L	- wußte nicht wohin, hätte keine Arbeit gehabt
M	- Böswilligkeit der ihn ambulant behandelnden Nervenärztin, u. v. a. mehr

Fortsetzung der tabellarischen Auflistung

Patient(in)	- Auslösefaktoren
N	- "zwei Kommissarinnen und Kommissare hätten sie abgeholt..."
O	- ein Krankheitsanfall, schwindelig sein
P	- "weil ich getrunken habe...", "Selbstbefriedigung"
Q	- Onanie
R	- Onanie
S	- weil sie nichts mehr gegessen habe, andere hätten ihr nämlich kleine, sprechende Männchen ins Essen getan
T	- keine verwertbaren Angaben
U	- keine verwertbaren Angaben
V	- keine verwertbaren Angaben
W	- keine verwertbaren Angaben
X	- sie habe sich verlaufen
Y	- weil sie krank war, "geisteskrank"
Z	- keine verwertbaren Angaben
AA	- Stimmenhören
BB	- Stimmenhören, Verfolgungsideen
CC	- keine verwertbaren Angaben
DD	- Stimmenhören "Gegnerstimmen"
EE	- Angst, kriminelle Handlungen

4.3.7.0 Einzel Symptome und Stabilität

Die nachfolgende Tabelle soll das zeitliche Auftreten von 26 schizophrenen Symptomen bei den einzelnen Patienten aufzeigen.

Wie aus der Tabelle hervorgeht, prüften wir also 26 Items bezüglich des zeitlichen Verlaufes. Was schon beim ersten

Anblick der tabellarischen Zusammenstellung zu ersehen ist: Die charakteristischen schizophrenen Symtome sind sicherlich Autismus, Antriebs-, Affekt- und Kontaktstörungen, Interessenverlust sowie Denkstörungen.

Aus der Tabelle kann man auch gut die Entwicklung der Symtome bei den einzelnen Patienten erkennen. Allerdings lassen sich somit nach unserer Meinung nur allgemeine, bei entsprechend umfangreicher Untersuchungszahl, statistische Aussagen machen, doch läßt sich über den einzelnen Patienten individuell kaum etwas verbindliches aussagen. Denn alle genannten Symptome, wie beispielsweise Antriebs- oder Affektstörungen, äußern sich selbstverständlich bei jedem Patienten auf eine andere Art und Weise, so daß nur genaueste Beobachtungen von aussagekräftigem Wert werden. Dann nämlich nehmen diese allgemeinen Symtome häufigst typischen Charakter an. Die Einordnung der Patienten zu den entsprechenden Untergruppen wird dadurch wesentlich erleichtert, manchmal geradezu augenfällig.

Tabelle 4.3.7.1

Symptome	Beginn - 1 Jahr	2. - 5. Krankheitsjahr	6. Krankheitsjahr - heute
AUTISMUS	A, H, K, L, M, O, P, R, S, T, U, V, W, AA	A, B, C, D, E, F, G, H, I, K, L, M, N, P, R, V, W, X, CC, DD, EE	Alle Patienten
ANTRIEBSSTÖRUNGEN	A, C, D, G, N, R, T, V, W, Z, AA	A, B, C, E, F, G, H, K, M, N, P, Q, R, T, V, W, X, Y, Z, BB, CC, DD	Alle Patienten
INTERESSEVERLUST	A, C, G, N, R, T, V, W	C, F, G, K, N, P, Q, R, T, V, W, X, Y, Z, BB, CC, DD, EE	Alle Patienten
AFFEKTSTÖRUNGEN	A, B, C, D, F, G, H, I, K, M, N, O, P, R, T, U, V, W, Y, Z, CC	A, B, C, E, F, G, H, K, M, P, Q, R, T, V, W, X, Y, Z, BB, CC, DD, EE	Alle Patienten
KONTAKTSTÖRUNGEN	A, B, C, D, K, M, N, R, T, U, V, W, Z	A, B, C, E, K, M, N, P, Z, BB, CC, DD, EE	B, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, W, X, Y, Z, AA, BB, CC, DD, EE
WAHNIDEEN	A, E, F, G, K, N, O, P, R, S, V, Y, Z, BB, CC, EE	A, D, E, F, G, K, L, M, N, P, R, S, V, X, Y, Z, AA, CC, DD, EE	A, D, F, K, M, N, O, P, Q, R, S, X, BB, CC, EE
HYPOCH. KLAGEN	B, C, F, Y, BB, DD, EE	B, D, F, P, S, V, X, Y, DD, EE	F, P, X, DD, EE
HALLUZINATIONEN			
akustische	A, E, F, G, K, N, V, AA	A, B, E, F, I, K, L, N, P, T, Y, AA, BB, CC, EE	A, D, F, G, K, N, S, V, AA, BB, EE
optische	O		K
gustatorische	E, P	Y	
olfaktorische	F	Y	P
DEPRESSIVE VERSTIMMUNG	A, T, W	A, C, F, I, N, T, W, AA	A, F, G, N, P, Q, R, T, Z
EUPHORISCHE VERSTIMMUNG	A, O, Z,	A, S	A, S, Y
MUNG			

Symptome	Beginn - 1 Jahr	2. - 5. Krankheitsjahr	6. Krankheitsjahr - heute
FORMALE DENKSTÖRUNGEN	A, B, F, G, M, O, V, W, X, Z, AA, DD, EE	A, B, C, D, F, G, H, K, M, N, P, S, V, W, X, Y, BB, DD	Alle Patienten außer I, Q, R, T, U
INHALTLICHE DENK- STÖRUNGEN	A, BB	A, O, S, BB, DD	A, F, P, S, BB
KATATONE SYMPTOME	D, N, O, WW, AA	B, W, Z, AA	W, Z, AA
PERSONENVERKENNUNG	G	A	A
GEDANKENABREISSEN	A, K, N, Z	A, D	A, Q
GEDANKENLAUTWERDEN		A	A
NEOLOGISMEN		A, D,	A, D, O
PSYCHOMOTORIK			
Allgemeine Unruhe	M, O, T, U, V, Y, Z	F, M, T, X, Y, Z	B, D, E, I, L, Q, S, T, W, X, Y, Z, EE
Hyperkinesen	S, Y	B, F, Y	B, F, N, S, Y, EE
Akinesen		W, AA	F, P, Z, AA
Grimassen	G, K, T, V, W, AA, CC, EE	B, C, K, N, O, Y, Z	B, F, I, N, S, V, Y, EE
Gestikulationen	G	G	G, M

4.3.8.0 Verlauf der schizophrenen Psychose

Die schizophrene Erkrankung der 30 Patienten verlief bei 17 Kranken von Anfang an einfach, also sicherlich chronisch progredient.

Der Verlauf der restlichen 13 Patienten gestaltete sich derart, daß zunächst schwere Schübe ihre stationäre Behandlung nötig machten und nach ein bis drei Jahren schließlich chronische Progredienz diese ablöste. Dennoch, bei keinem dieser Patienten war eine vollständige Remission zwischen den Schüben eingetreten, höchstens eine Besserung. Somit verlief auch bei diesen Patienten die Krankheit letztendlich schleichend progredient, wenn auch zunächst nicht mit der gleichen Vehemenz der obig genannten 17 Patienten.

4.3.9.0 Hospitalisationshäufigkeit

Zehn Patienten mußten innerhalb eines Jahres ein bis drei Male aufgrund akuter psychotischer Symptome hospitalisiert werden. Bei neun Patienten lagen zwischen den einzelnen stationären Aufnahmen mehr als ein Jahr und elf der 30 Patienten konnten seit ihrer ersten Aufnahme bis heute nicht mehr entlassen werden, blieben also dauerhospitalisiert.

4.3.10.0 Untergruppen

Immer wieder wurde in den letzten Jahren und Jahrzehnten behauptet, daß sich während der Verlaufsbeobachtung nur die Minderzahl Schizophrener einer Untergruppe eindeutig zuordnen läßt. Dieser Meinung, geprägt durch M. BLEULER, schlossen sich immer mehr Forscher an, meist

mit dem Hinweis, die Kranken wechselten während des Verlaufs immer wieder in andere Symptomsyndrome, gingen ineinander über, blieben also nur selten stabil. Grund genug für uns, dieser Frage einmal auf das Genaueste nachzugehen.

4.3.10.1 Untergruppen mittels anamnestischer Daten und unter dem Aspekt des Langzeitverlaufes

Die Einteilung stellt zwar durchaus ein Ergebnis der Nachuntersuchungen dar, war nämlich auch immer die globale Diagnose Schizophrenie der Krankenakte zu entnehmen, seltener dagegen allerdings die genaue Zuordnung zu einer der klassischen Unterformen.

Die zunächst gewonnenen Ergebnisse bezüglich der Untergruppen sind jedoch keineswegs nur Diagnosen für den Zeitpunkt der Nachuntersuchung, was ich besonders betonen möchte, sondern vielmehr retrospektiv gestellte Untergruppierungen aufgrund sämtlicher zur Verfügung stehender Daten und Fakten seit Beginn der Erkrankung bis heute.

Die Patienten B, C, D, E, G, I, L, Q, R, T, BB und DD zeigten typisch hebephrene Symptomatik und die vier Patienten A, O, P und CC ließen sich eindeutig der schizophrenen Untergruppe Paraphrenie zuordnen. Genau so häufig wie die Hebephrenie fanden wir das Syndrom Katatonie. Es traf zweifelsfrei auf die zwölf Patienten F, H, N, S, U, V, W, X, Y, Z, AA und EE zu.

Kombinierte Symptomatik der beiden Untergruppen Hebephrenie und Paraphrenie zeigten die beiden Patienten K und M.

4.3.10.2 Untergruppen von Beginn der Erkrankung bis zum Ende des 5. Krankheitsjahres

Nachdem sich 28 der 30 nachuntersuchten Kranken mühelos unter Berücksichtigung des gesamten Verlaufes eindeutig und zweifelsfrei einer einzigen Untergruppe zuordnen ließen, gingen wir der Frage nach, ob überhaupt und wenn ja, welche Untergruppe klar oder zumindest tendenziös während der ersten fünf Krankheitsjahre zu erkennen war. Natürlich waren wir dabei gänzlich von den Aufzeichnungen der Krankenakten abhängig.

Ungefähr die Hälfte der nachuntersuchten Patienten, nämlich 14, zeigten schon damals die gleiche eindeutige und unverkennbare Symptomatik, die auch unter dem Aspekt des Gesamtverlaufes (siehe 4.3.10.1) immerfort bestand.

Die übrigen 16 Patienten mußten zunächst eher anderen Untergruppen zugeordnet werden. Bei einigen dagegen war eine Zweitdiagnose neben der Globaldiagnose Schizophrenie mittels der Krankenakte noch nicht möglich.

Die nachfolgende Tabelle zeigt stichpunktartig die Resultate im direkten Vergleich mit den Ergebnissen aus 4.3.10.1.

Tabellarische Auflistung

Patient(in)	Ergebnisse aus 4.3.10.1	Ergebnisse von Beginn der Erkrankung bis Ende 5. Jahr
B	Hebephrenie	Hebephrenie und eine katatone Phase zu Beginn der zweiten stationären Aufnahme
D	Hebephrenie	Hebephrenie und paraphrene Symptome
F	Katatonie	am auffälligsten waren hypochondrische und paraphrene Züge
G	Hebephrenie	hebephrene und paraphrene Symptome
H	Katatonie	hebephrene Symptome
K	Kombination: Hebephrenie und Katatonie	Hebephrenie
M	Paraphrenie	Hebephrenie
O	Paraphrenie	paraphrene und katatone Züge
P	Paraphrenie	paraphrene und katatone Züge
Q	Hebephrenie	Depressionen und hebephrenes Verhalten
R	Hebephrenie	Paraphrenie
S	Katatonie	kombinierte paraphrene und katatone Symptome
V	Katatonie	hebephrene, katatone und paraphrene Symptome
Y	Katatonie	hebephrene, katatone und paraphrene Symptome
BB	Hebephrenie	Kombination: Hebephrenie und Paraphrenie
EE	Katatonie	hebephrene, katatone und paraphrene Züge

4.3.10.3 Untergruppen ab dem 6. Krankheitsjahr bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

War auch bei vielen Patienten, wie oben ersichtlich, die eindeutige Untergruppe noch nicht klar erkennbar, so wurde doch bei allen Patienten mit Beginn des 6. Krankheitsjahres das vorherrschende Syndrom immer deutlicher. Insbesondere dann, wenn auf das Genaueste beobachtet und auch im Detail beschrieben wurde. Häufiger erwiesen sich nämlich gerade solche, zunächst unwichtig erscheinende, detaillierte Beschreibungen für das Gesamtbild des einzelnen Kranken als enorm wichtig. Durch sorgfältigstes Studium der Krankenakten gelang es uns, die Patienten für den genannten Zeitraum einer Untergruppe zuzuordnen. Übereinstimmend fanden wir dabei die gleichen Ergebnisse, wie wir sie retrospektive unter Beachtung des Gesamtverlaufes finden konnten.

4.3.10.4 Untergruppen aufgrund der eigenen Nachuntersuchungen

Dies war sicherlich die schwierigste Aufgabe. Da wir uns nicht von den Eintragungen der Krankengeschichten leiten lassen wollten, suchten wir zunächst immer die Möglichkeit, die Zweitdiagnose aufgrund unserer eigenen Nachuntersuchungen selbst zu stellen. Daß die Resultate erst an dieser Stelle erscheinen, hat lediglich didaktische Gründe.

Um die gewonnen Ergebnisse dem Leser verständlich darzulegen, führen wir vorweg nochmals einige wichtige Symptome an, die wir bei unserer Nachuntersuchung bei den Patienten beobachten konnten. Diesmal allerdings nur knapp und stichpunktartig. Hernach stellen wir die Diagnose.

Patient A

- Verhalten - geziert, nahezu maniriert, zum Zwecke der Demonstration ihres einförmigen Größenwahnnes
- Denken - ausgesprägte Störungen mit Betonung der sprachlichen Fehlleistungen wie beispielsweise Echolalie, Neologismen, syntaktische Störungen u. v. a. mehr;
das inhaltliche Denken wird durch den einförmigen, superlativen, unkorrigierbaren Größenwahn bestimmt.
Beispiel: Rechenaufgabe 12 mal 12
"Das ist 9 Millionen 99 Tausend 9 Eintel und Bruttoregistertonnen"
- Stimmungslage - wechselnd
- Charakteristische Symptome - Größenwahn, Denkzerfahrenheit, Gedankenarmut; von Anfang an chronisch progredienter Verlauf
- Diagnose - paranoide Schizophrenie, chronisch progredienter Verlauf

Patient B

- Verhalten - kindlich, unbekümmert, distanzlos, schnipisch, läppisch, kindliche Streiche, völlig unselbständig, ohne Initiative
- Denken - hauptsächlich paralogisch gestört; Allgemeinwissen äußerst gering, wenngleich sowohl mangelnde Antwortbereitschaft wie auch seine beabsichtigten Clownereien berücksichtigt werden müssen
- Motorik - starke Unruhe (vermutlich Spätdyskinesien), jedenfalls besteht ein hyperkinetisches Syndrom

- Affekt - völlig abgestumpft
- Charakteristische Symptome - läppisch, unbekümmert, clownesk; unproduktives, inhaltsarmes Denkvermögen; chronische Progredienz seit Beginn der Erkrankung
- Diagnose - Hebephrenie, chronisch progredienter Verlauf

Patient C

- Verhalten - lustlos, einförmig, querulatorisch, äußerst monotone Sprechweise, fortwährendes Klagen und Anklagen, krankheitsuneinsichtig, gelegentlich gereizt, weigert sich häufig zu arbeiten
- Denken - unkonzentriert, inhaltlich auf wenige Themen eingeengt
- Grundstimmung - freudlos, lustlos, mißgestimmt
- Affekt - nivelliert
- Besonderes - unentwegtes Querulieren, fordert immer wieder in krankheitsuneinsichtiger, stereotyper Weise seine Entlassung
- Charakteristische Symptome - stereotyp-querulierende Redensweise, einförmiges Verhalten, verarmtes Denken
- Diagnose - hebephrene Form, schleichend progredienter Verlauf

Patient D

- Verhalten - äußerst verschroben, Bewegungsabläufe wirken durch absichtliches maniriertes Verhalten plump und verlangsamt; einförmiges, leiernd monotones Sprechen, ausgeprägter Rededrang; nicht erregbar

- Denken - bewegt sich immer in den gleichen Gleisen, eingeschränkt auf seine sexuellen Probleme und einförmige Größenideen, wobei er eine Pseudophilosophie mit wahnhaftem Charakter entwickelt; Vorbeireden
- Grundstimmung - gleichgültig, gegüht
- Affekt - abgestumpft
- Anmerkung - würde man die Pseudowissenschaftlichkeit seiner Reden nicht erkennen, könnte man an eine Paraphrenie denken
- Charakteristische Symptome - eigenartiges, maniert-verschrobenes Verhalten; alogisches, auf wenige Themen eingeschränktes Denken; Größenideen mit halluzinatorischem Charakter
- Diagnose - paranoid-halluzinatorische Schizophrenie, allmählich fortschreitende Progredienz

Patient E

- Verhalten - albern, versucht originell zu sein, immer lächelnd oder laut kichernd, gelegentlich zeigt er Übersprungshandlungen, distanzlos, interessenverarmt
- Denken - weitschweifig, ambivalentes Antwortverhalten
- Affekt - stark verflacht
- Charakteristische Symptome - läppisch-inadäquates Verhalten; Denkarmut; bizarr in Gestik und Mimik; gelegentlich kurzdauernde Erregungszustände
- Diagnose - hebephrene Schizophrenie, allmählich sich entwickelnde Chronizität

Patient F

- Verhalten - freundlich, sehr redselig, gelegentlich

	laut auflachend
Denken	- bestimmt durch seine vielfältigen Bedeutungs-, Beeinträchtigungs- und Beziehungsideen; produziert vielerlei absurde und unverständlich Ideen; sprunghaft, ideenflüchtig
Motorik	- kaum zu beschreibendes Nebeneinander von Akinese und Hyperkinese der Bewegungen
Affekt	- flach
Besonderes	- schubförmiger Verlauf mit Besserungen
Charakteristische Symptome	- alogische Denkabläufe; groteske, unberechenbare Verhaltensweisen; motorisch auffällig durch nebeneinander von Akinese und Hyperkinese im Bewegungsspiel
Diagnose	- parnoid-halluzinatorische Schizophrenie mit ausgeprägter starr-hypertoner Symptomatik, zunächst schubförmiger Verlauf mit zeitlich begrenzten Remissionen, seit 1968 chronische Progredienz

Patient G

Verhalten	- ruhig, antwortbereit, freudlos; monoton-leiernde Sprechweise; krankheitsuneinsichtig
Denken	- auf wenige Themen eingengt, hauptsächlich auf seine Entlassung; unbelehrbares Festhalten an zu Beginn seiner Erkrankung geäußerten Wahnideen, heute jedoch mit geringerem Nachdruck
Motorik	- gebundene Haltung, steif-abgehackter Bewegungsablauf
Grundstimmung	- depressiv
Affekt	- flach, stumpf

Charakteristi-

sche Symptome - freudlos-depressiv; Denkarmut; verschroben; Beziehungsideen

Diagnose - Hebephrenie mit paranoid-halluzinatorischer Komponente, schleichend progredienter Verlauf

Patient H

Verhalten - Äußerst eigenartig und eingefahren in seiner Handlungsweise; monoton-leiernde Sprechweise; nicht erregbar; nachlässig in Körper- und Kleiderpflege; Antrieb und Interesse völlig auf die ihm zugeordneten Arbeiten eingeschränkt

Denken - verschrobene, kindlich-naive, häufig inadäquate Gedankengänge

Motorik - eigenartig starr, hölzern, aber nicht akinetisch

Mimik - weinerlich, maskenhaft

Affekt - nivelliert

Grundstimmung - depressiv, gequält

Besonderes - Manieren: Aufgrund seines zwanghaften, automatenhaften Verrichtens der ihm aufgetragenen Arbeiten kommt es häufigst zu Unterlassungen.

Starr eingefahrener Tagesablauf.

Stellen stereotyper Fragen.

Charakteristi-

sche Symptome - alogisches, stark verarmtes Denken; automatische Befehlsbefolgung, was häufig Unterlassungen nach sich zieht; starr-hypotone Psychomotorik

Diagnose - katatone Form mit maniriertem Verhalten, Chronizität seit Beginn der Erkrankung

Patient I

Verhalten - freundlich, gesprächig, gut kontaktfähig; fleißig; Initiative und Antrieb auf bestimmte Arbeiten eingeschränkt; lebt völlig zurückgezogen; muß zur Körper- und Kleiderpflege angehalten werden

Denken - relativ ungestört, lediglich weitschweifig

Affekt - verflacht

Motorik - unauffällig, lediglich periorale Hyperkinesen

Besonderes - zwanghaft in der Ausführung der ihm aufgetragenen Tätigkeiten, bei Störungsversuchen reagiert der Kranke mit unberechenbaren, meist aggressiven Kurzschlußhandlungen

Charakteristische Symptome - Autismus; zwanghaft-automatenhaftes Verhalten bestimmter Tätigkeiten; gelegentlich Kurzschlußhandlungen

Diagnose - hebephrene Schizophrenie, gleichförmiger Verlauf seit Beginn der Erkrankung

Patient K

Verhalten - weigert sich zu arbeiten; Einzelgänger; während des allgemeinen Explorationsgespräches: selbstbewußt, originell, spitzbübisch; im Rahmen der psychoexperimentellen Denkprüfung: gereizt, unruhig, unwirsch

Denken - zwar im allgemeinen Teil der Exploration

unauffällig, bei der psychoexperimentellen Überprüfung allerdings gehemmt, verschwommen, unkonzentriert

Sinnestäuschungen

- akustische und optische Halluzinationen mit quälendem Charakter

Besonderes

- Größenideen

Charakteristische Symptome

- läppisch, zeitweise originell: erhebliche Diskrepanz des Denkverhaltens und der Antwortbereitschaft im Gesamtverlauf der Exploration; Halluzinationen; Größenideen

Diagnose

- zunächst hebephrene, dann paraphrene Schizophrenie, schleichend progredienter Verlauf mit wechselnder Intensität der produktiv-psychotischen Symptomatik

Patient L

Verhalten

- schlecht kontaktfähig, lümmelhaft, wortkarg, gleichgültig; stolz auf "Knastaufenthalte"; läppisch-sorglos, krankheitsuneinsichtig

Denken

- formal und inhaltlich gestört, verschrobene Ideen

Motorik

- allgemeine Unruhe

Affekt

- nivelliert

Charakteristische Symptome

- demonstartive Gleichgültigkeit; eingeschränktes, verarmtes Denkvermögen; psychomotorische Unruhe

Diagnose

- Hebephrenie, Chronizität des Verlaufes

Patient M

Verhalten

- widerstrebend, rechthaberisch, anklagend,

- unbelehrbar, querulatorisch, völlig kontaktlos, außerordentlich verschroben
- Denken - formal und inhaltlich gestört, weit-schweifig, umständlich, zerfahren, faselig, ideenflüchtig, naiv-verschrobener Gedankengang, Erinnerungsfälschungen, Größenideen, vielerlei Beziehungsideen
- Affekt - stark pathologisch verändert: zwar verflacht, aber seine verschrobene Ideen trägt er mit Affekt vor, er widerspricht und erregt sich oberflächlich
- Besonderes - Manieren: Benötigt für seine Unterschrift ca. 45 Minuten, wobei er 15 verschiedene Kugelschreiber benutzt.
Sammeln von Unrat.
"Entschärfen" von Zeitungen etc..
Ausbessern und "entschärfen" der Bibel mit Buchstaben, Strichmännchen, Blümchen etc..
- Charakteristische Symptome - verschroben-querulatorisches, hochgradig maniriertes Verhalten, greizte und subeuphorische Stimmung wechseln sich ab; Größenideen; inkohärenter Gedankengang; Erinnerungsfälschungen; Beziehungsideen affektgeladenes Vortragen seiner krankhaften Denkinhalte
- Diagnose - kombinierte hebephrene und paraphrene Schizophrenie, schleichend progredienter Verlauf

Patientin N

- | | |
|----------------------------|---|
| Verhalten | - stark abgelenkt, unaufmerksam, unkonzentriert; autistisch, hochgradig antriebs- und kontaktverarmt; spricht nie laut, zögerndes Antwortverhalten, nach wiederholtem Fragen flüsternde Sprechweise; häufigst flüsternde Lippenbewegungen; viele Fragen beantwortet sie gar nicht oder sagt "weiß ich nicht"; gelegentlich gereizt, aggressiv, negativistisch |
| Denken | - Diskrepanz zwischen allgemeinem Explorationsteil, wo Gedankenabreißen, formale und inhaltliche Denkstörungen bestimmend sind und psychoexperimentellem Teil. Hier trifft sie meist den Kern der Fragen |
| Grundstimmung | - depressiv |
| Affekt | - verflacht |
| Motorik | - Gesichtsparakinesen, psychomotorische Hyperkinesen im Sinne von ruckartigen Bewegungsabläufen, eigenartigen Körper-torsionsbewegungen, parakinetische Unruhe resp. Expressionsbewegungen |
| Halluzinationen | - vornehmlich akustische |
| Besonderes | - zunächst schubförmiger Verlauf, dann chronische Progredienz |
| Charakteristische Symptome | - enorme Abgelenktheit aufgrund fortwährender Halluzinationen, vornehmlich Phoneme; Denkarmut; psychomotorische Hyperkinesen und eigenartige Körperdrehbewegungen |
| Diagnose | - paranoid-halluzinatorische Schizophrenie |

bei katatonem Bewegungsablauf, chronische Progredienz

Patientin O

- | | |
|-----------------|--|
| Verhalten | - unterwürfig, devot, unbelehrbar, kontaktarm, antriebsarm; selten spontan sprechend, häufig sprachlich originelle Wendungen, die sie mit reger Gefühlsbeteiligung vorträgt (pathetisch, gereizt, verärgert, ängstlich), insbesondere, wenn sie über ihre Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen spricht; fühlt sie sich unbeobachtet, macht sie häufig sprechende Mundbewegungen |
| Denken | - alogisch, formal und inhaltlich gestört, das Gesagte bleibt jedoch verständlich |
| Affekt | - zwar pathologisch, jedoch erhalten, insbesondere bezüglich Wahn- und Beziehungsideen |
| Motorik | - asponan, Gesichtsgrimassen; fühlt sie sich unbeobachtet, so führt sie gelegentlich Trippelbewegungen aus |
| Halluzinationen | - optische |
| Besonderes | - Neologismen, z. B. Arbeitsriffel;
Manieren des Denkens und Handelns:
Zwangszählen beim Arbeiten.
Essen von Unrat.
Schuhe ausziehen, bevor sie mit dem Auto fährt.
Einteilen der Mitpatientinnen in solche mit schwarzem Blut und solche mit normalen Blut. |

Charakteristi-

sche Symptome - allgemeine affektive Verflachung, dennoch starke Gefühlsbeteiligung beim Vortragen krankhafter Beziehungs- und Verfolgungsideen; alogisches Denken; Wortneubildungen; Manieren des Denkens und Handelns

Diagnose - paranoide Schizophrenie, zunächst schubweiser Verlauf, teilweise Remissionen während der Jahre 1942 - 1956, seit 1956 chronische Progredienz

Patientin P

Verhalten - oberflächlich freundlich, bei Widersprechen verärgert; hemmungslos, ungeniert; leise, monotone Sprechweise; antriebsgestört, kontaktlos, interesselos

Denken - unkonzentriert, inhaltlich sowohl von paranoischen Beziehungs- als auch absurden Ideen stark beeinflusst

Grundstimmung - gequält, mißmutig

Affekt - gut erhalten

Motorik - starr-gebundene Körperhaltung; maskenhaftes Gesicht

Sinnestäuschun-

gen - hauptsächlich Phoneme, aber auch hypochondrische Sensationen und Geruchshalluzinationen

Besonderes - körperliche Mißempfindungen aufgrund halluzinatorischer Ideen; häufig plötzliche Schimpfattacken und Fremdaggressionen

Charakteristi-

sche Symptome - belastigende körperliche Mißempfindungen; Halluzinationen, vornehmlich Phoneme, über

- die sie sich beklagt; Denkverarmung
- Diagnose - paranoide Schizophrenie, zunächst schubförmiger Verlauf mit Zeiten relativer Besserung, seit ca. 20 Jahren Chronizität

Patient Q

- Charakteristische Symptome - eingeengeter Gedankengang; Wahnideen; Größenideen; massive Aggressionsausbrüche
- Diagnose - paranoid-halluzinatorische Schizophrenie, allmählich sich entwickelnde Chronizität

Patient R

- Charakteristische Symptome - ausgesprägter Autismus; stärkste affektive Verflachung; hochgradige paranoide Einstellung
- Diagnose - paranoid-halluzinatorische Schizophrenie, zunächst schubförmiger Verlauf, dann chronische Progredienz, schwere Verlaufsform

Patientin S

- Verhalten - freundlich, höflich, gibt sich überlegen und vielwissend, redselig, deutliche Ausdrucksweise, aber geziert-manirierte Sprechweise; kontaktlos, autistisch
- Denken - vage Gedankenverbindungen, inhaltlich durch vielerlei Beeinträchtigungsideen gestört
- Grundstimmung - flach-euphorisch
- Motorik - mimisch verarmt, periorale Grimassen, un-

entwegt eigenartig-schlangenförmige Körperbewegungen, häufig Laufbewegungen auf der Stelle

Sinnestäuschungen

- akustische Halluzinationen imperativen Charakters, haptische Trugwahrnehmung

Besonderes

- Nebeneinander von Beeinträchtigungs- und Größenideen; durch Beeinträchtigungs-ideen in ihrer Handlungsfreiheit eingeschränkt, woraus auch Unterlassungsmanieren resultieren, wie z. B. zweitweiser Mutismus, gelegentlich Nahrungsverweigerung u. v. mehr

Charakteristische Symptome

- hauptsächlich inhaltliche Denkstörungen; Beeinträchtigungs-ideen; vielerlei Manieren des Handelns, Denkens und Bewegungsablaufes

Diagnose

- paranoid-halluzinatorische Schizophrenie mit hypotonem Bewegungsablauf und manipuliertem Verhalten, schubförmiger Verlauf mit leichten Besserungen, seit fünf Jahren Chronizität

Patientin T

Charakteristische Symptome

- hochgradiger Autismus; absolute affektive Verflachung; ausgeprägte Denkverarmung; Antriebsstörung; gespannt, verschroben

Diagnose

- Hebephrenie, von Anfang an chronisch progredienter Verlauf

Patientin U

Verhalten

- äußerst widerstrebend; ausgeprägter Ne-

- Diagnose - paranoid-halluzinatorische Schizophrenie bei hypotoner Psychomotorik, rasch chronisch progredienter Verlauf

Patient W

- Verhalten - geordnetes Gespräch nicht möglich, entweder antwortet er gar nicht oder sagt stereotyp "weiß ich nicht", oder er antwortet mit ja/nein; wiederholt in echolalischer Weise; ängstlich-verlegenes Lächeln, immer wieder unmotivierte Aggressionen; völlig autistisch, kontaktlos, initiativlos, desinteressiert
- Denken - aufgrund seines Verhaltens kaum beurteilbar, sicher jedoch besteht eine schwere Denkhemmung
- Motorik - starr-steif, fein abgestuftes Bewegungsspiel fehlt; bei Ansprache unruhige Schaukelbewegungen, zu Werten im Sinne von Expressivbewegungen
- Affekt - völlig verarmt
- Besonderes - vielerlei, gleichförmig wiederkehrende, Unterlassungsmanieren
- Charakteristische Symptome - Denkhemmung; hypotone Psychomotorik; Unterlassungsmanieren
- Diagnose - katatone Form bei starr-hypotoner Psychomotorik, äußerst schwerer, von Anfang an chronischer Verlauf

Patientin X

- Verhalten - ablehnend, unwirsch, mürrisch, ärger-

- lich, gereizt, nörgelnd, anklagend, rechthaberisch; trotz des ausgeprägten Autismus läßt sich die Patientin auf Ansprache immer wieder zum Sprechen anregen; Folge daraus ist meist ein einfaches Drauflosreden, ein Vorbeireden; spontan spricht sie allerdings nichts; antriebs- und interesselos
- Denken - sprunghaft, zerfahren, inhaltlich durch absurde Ideen, Beeinträchtigungs- und Größenideen geprägt
- Grundstimmung - ernst-mißmutig
- Affekt - verflacht
- Motorik - starr-steife Körperhaltung, maskenhafte Mimik
- Besonderes - verweigert zunächst Nahrungsaufnahme und klaut dann anderen Patienten das Essen; schreibt immerfort Zettelchen unsinnigen Inhaltes
- Charakteristische Symptome - Antwortbereitschaft bei entsprechender Anregung; starre Motorik; verschrobenes Verhalten
- Diagnose - katatone Form bei extremer Antwortbereitschaft, chronisch progredienter Verlauf

Patient Y

- Verhalten - stoßweises Sprechen, immer Pausen zwischen den einzelnen kurzen Sätzen, oft Agrammatismus feststellbar, häufig unsinnige Bemerkungen; unaufmerksam, unkonzentriert
- Denken - sprunghaft, verschrobene Ideen, kindli-

che Phantastereien

- Grundstimmung - sorglos-zufrieden, subeuphorisch
- Affekt - noch schwingungsfähig
- Motorik - Gesichtsverzerrungen, ruckartige, bizarre Bewegungsabläufe, parakinetische Bewegungsunruhe; insgesamt faxenhaft
- Charakteristische Symptome - parakinetischer Bewegungsablauf; Denkverarmung; sprachliche Fehlleistungen
- Diagnose - katatone Schizophrenie bei hyperkinetischem Bewegungsablauf, schleichend zur Chronizität führender Verlauf

Patientin Z

- Charakteristische Symptome - starr-steife, hypotone Psychomotorik; gesperrter, verlangsamter Gedankenablauf; negativistisches und ambivalentes Verhalten
- Diagnose - katatone Schizophrenie bei akinetischer Psychomotorik, schubförmiger Verlauf in Chronizität übergehend

Patient AA

- Verhalten - verlegen-fragendes Lächeln, unterwürfig, ängstlich; kurzes, telegrammstilartiges Antwortverhalten, monotone, leise, unartikulierte Sprechweise, manchmal murmelnd, echolalisches Nachsprechen; autistisch, initiativlos, kontaktlos; gelegentlich akute Erregungszustände
- Denken - massiv formal und inhaltlich gestört
- Motorik - steife Körperhaltung, unbewegte, starre

Mimik, Haltungsstereotypien

Charakteristi-

sche Symptome - ausgeprägter Autismus; murmelnde Sprechweise; fehlende Antwortbereitschaft; automatenhafter, gehemmter Bewegungsablauf

Diagnose - katatonie Schizophrenie bei akinetisch-gehemmter Psychomotorik, chronisch progredienter Verlauf

Patientin BB

Charakteristi-

sche Symptome - läppisch; distansloses Verhalten; gelegentliches Halluzinieren; ausgeprägte affektive Nivellierung; Denkarmut

Diagnose - paranoid-halluzinatorische Schizophrenie, schleichend zur Chronizität führender Verlauf

Patient CC

Verhalten - lebt völlig isoliert, spricht mit niemandem ein Wort; beobachtet mißtrauisch seine Umgebung; lauernder Blick, ständig in Abwehrbereitschaft; überhebliches, arrogantes Grinsen; antriebschwach, intressenverarmt, lethargisch

Denken - nicht beurteilbar

Besonderes - ausgeprägte Verfolgungs-, Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen; innere Abgelenktheit und Gesamtverhalten weisen auf ständig vorhandene akustische Halluzinationen hin

Charakteristi-

sche Symptome - Größenwahn; ausgeprägte Wahnideen; uner-

klärliche Verhaltensweisen

Diagnose - paranoide Schizophrenie, Chronizität
seit Beginn der Erkrankung

Patient DD

Charakteristi-

sche Symptome - läppisch-kindliches Verhalten; Denk-
zerfahrenheit; abgestumpfter Affekt

Diagnose - Hebephrenie, chronisch progredienter
Verlauf

Patient EE

Verhalten - distanzlos, umtriebig, nörgelnd; ge-
legentlich Rededrang entwickelnd, Kon-
fabulationstendenz; Neigung zu Größen-
ideen; unerklärliche Heiterkeitsaus-
brüche mit schallendem Gelächter; gleich-
gültig, kontaktlos

Denken - weitschweifig, zerfahren, spricht meist
ohne zu überlegen impulsiv drauflos;
inhaltlich eingeengt

Sinnestäuschun-
gen - Phoneme

Affekt - abgestumpft

Motorik - hyperkinetische Bewegungsunruhe, eckige,
abgehackte, kurzschlüssige Bewegungen,
Gestikulationen, Gesichtsgrimassen;
insgesamt: Akinese und parakinetischer
Bewegungsablauf treten zusammen auf

Besonderes - 15 kurzzeitige Entlassungen während des
20-jährigen Krankheitsverlaufes

Charakteristi-

sche Symptome - Denkverarmung; akustische Halluzinationen;
hyperkinetische Psychomotorik

Diagnose - paranoid-halluzinatorische Schizophrenie bei hyperkinetischer Psychomotorik, schubweise zur Chronizität führender Verlauf

Natürlich sind solche kurzgefassten Beschreibungen nur für denjenigen Leser gewinnbringend, der die ausführlichen Fallbeschreibungen des klinischen Teiles 3.0.0.0 studiert hat. Bei zusätzlicher Kenntnis der LEONHARDschen Definitionen wird an der Richtigkeit unserer Diagnosen kaum Zweifel aufkommen.

4.3.10.5 Gesamtverlauf und Untergruppen

Nur zwei der 30 nachuntersuchten Patienten, nämlich die Patienten K und M, zeigten im Gesamtverlauf eindeutig Symptome zweier in sich verschiedener Untergruppen. Das Krankheitsbild des Patienten K war während der ersten Krankheitsjahre eindeutig hebephren geprägt. Von Beginn des sechsten Krankheitsjahres bis heute trat jedoch die paraphrene Symptomatik immer mehr in den Vordergrund, wenngleich auch heute noch hebephrene Züge ausgeprägt sind. Patient M dagegen zeigte von Beginn seiner Erkrankung bis zum heutigen Tage immer die kombinierte Symptomatik der beiden definierten Untergruppen Hebephrenie und Paraphrenie, so daß eine eindeutige Zuordnung zu einer einzigen Untergruppe nie möglich war. Die übrigen 28 nachuntersuchten Kranken dagegen waren zu allen Zeiten ihrer Erkrankung eindeutig einer einzigen Untergruppe zuzuordnen. Ein Wechsel von der einen in die andere Untergruppe oder Mischformen waren bei diesen Patienten zu keinem Zeitpunkt festzustellen.

4.3.11.0 Zeitlicher Verlauf und Verlaufsformen

Eine Zuordnung zu jenen Verlaufsformen, wie sie beispielsweise M. BLEULER definierte, sogar graphisch darstellt, schien uns, zumindest für unser Patientengut, nicht möglich. Zwar konnten ca. zwei Drittel der nachuntersuchten Kranken während ihrer Erkrankung ein bis mehrere Male nach Abklingen der akuten psychotischen Zustände aus der stationären Therapie entlassen werden, eine zufriedenstellende Remission trat aber auch dann bei keinem Patienten ein, sondern immer nur kurzzeitige Besserungen.

Uns erscheint es wesentlich sinnvoller, den gesamten zeitlichen Verlauf der Erkrankung zu betrachten. Unter diesem Aspekt mussten wir zu dem Ergebnis gelangen, daß zwar phasenweise Besserungen durchaus immer wieder möglich sind, eine akzeptable Symptombesserung über einen längeren Zeitraum konnten wir jedoch nie beobachten. Letztendlich fanden wir deshalb bei allen 30 nachuntersuchten Patienten spätestens zu Beginn des sechsten Krankheitsjahres eine eindeutig chronische Verlaufsform.

4.4.0.0 Psychopathologische Zustände zur Zeit der Nachuntersuchung

4.4.1.0 Residualsymptome

Sämtliche Patienten der Untersuchungsreihe zeigten deutliche Residualsymptome. Diese waren Autismus, Antriebsstörungen, Interesseverlust, Affektstörungen und Kontaktstörungen, wie schon Tabelle (siehe Seite 597/598) unschwer erkennen läßt. War das Denken auch nicht bei allen Patienten beurteilbar, beispielsweise aufgrund von nega-

tivistischen Verhaltensweisen oder Mutismus, bei der überwiegenden Mehrzahl war es jedoch sowohl formal, als auch inhaltlich gestört.

4.4.2.0 Residualsymptomatik und Untergruppen

Wie aus den unter 4.3.10.1 - 4.3.10.5 genannten Ergebnissen hervorgeht, war es trotz der bei allen Patienten festzustellenden, ausgeprägten Residualsymptomatik unschwer möglich, sie einer der drei klassischen Untergruppen zuzuordnen.

4.4.3.0 Arbeitsfähigkeit und Arbeitswille

Acht der 30 Patienten arbeiten regelmäßig und fleißig, wenngleich sie alle niedrige und einförmige Arbeiten verrichten.

Die Patienten A, E, G und R nehmen zwar regelmäßig an der hauseigenen Arbeitstherapie teil, erbringen dort jedoch nur minimale Leistungen.

Sieben Patienten, nämlich die Kranken C, D, K, L, Q, Y und EE, beteiligen sich nur unregelmäßig an der Arbeitstherapie und erbringen dann entweder gar keine oder nur sehr kärgliche Leistungen.

Die Patientin O hilft gelegentlich auf der Station mit. Die übrigen zehn Patienten sind zu keinerlei Arbeit fähig oder gewillt.

4.4.4.0 Überwachungsbedürftigkeit

25 der 30 nachuntersuchten Kranken bedürfen bezüglich

Körper- und Kleiderpflege, sowie Medikamentenaufnahme sorgfältigster pflegerischer Aufsicht und Anleitung. Neun jener Patienten müssen zusätzlich noch intensiv bei der Nahrungsaufnahme überwacht werden. Lediglich die Patienten D, G, O, S und CC sind diesbezüglich weitgehend selbständig, bedürfen also nur selten einmal pflegerischer Hilfe.

5.0.0.0 DISKUSSION

Immer wieder wurde betont, Querschnittsuntersuchungen der Symptomatik schizophrener Kranker sollten ergänzt werden durch Verlaufsuntersuchungen. In den letzten Jahren und Jahrzehnten sind mehrere Verlaufsstudien, wie beispielsweise diese von M. BLEULER, HUBER, JANZARIK oder CIOMPI und MÜLLER, erschienen.

Der Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist eine Verlaufsuntersuchung 30 chronisch schizophrener Kranker, die seit mindestens fünf Jahren im Bezirkskrankenhaus dauerhospitalisiert sind. Unselektiert wählten wir aus der großen Zahl schizophrener Kranker des Bezirkskrankenhauses Haar 30 Patienten aus, die nach Erfüllung bestimmter, im Teil 2.0.0.0 Methodik festgelegter, Kriterien in unsere Verlaufsuntersuchung aufgenommen wurden. Zwar handelt es sich dabei um keine Zufallsstichprobe im strengen Sinne, aber die ausgewählten Patienten sind repräsentativ für chronisch kranke, dauerhospitalisierte schizophrene Patienten.

In der Einleitung wurden mehrere Fragen und Hypothesen erwähnt, die mit Hilfe von Verlaufsuntersuchungen überprüft werden können. Für die Diskussion wählten wir aber die folgenden, den Verlauf betreffende, immer wieder unterschiedlich bewerteten Fragen und Probleme der Schizophrenieforschung, aus:

1. Entwicklung der schizophrenen Krankheit im höheren Lebensalter.
2. Veränderungen der psychopathologischen Symptomatik unter Betrachtung des Gesamtverlaufes der Krankheit.
3. Psychopathologisches Querschnittsbild zu Beginn der

Erkrankung.

4. Gibt es noch "Katastrophenschizophrenien" im BLEULERSchen Sinne?
5. Lassen sich die Krankheitsbilder der von uns nach-
untersuchten Patienten einer schizophrenen Untergrup-
pe zuordnen? Wenn ja, findet sich die vielzitierte
Wandelbarkeit der schizophrenen Syndrome auch bei unse-
ren Kranken?
6. Stabilität bzw. Instabilität der Symptomatik im Gesamt-
verlauf der Krankheit.

Die erreichte Katamnesedauer von durchschnittlich 29 Jah-
ren unserer 30 persönlich nachuntersuchten Patienten zählt
sicherlich zu den längsten in der Schizophrenieliteratur
beschriebenen. Nur wenige Schizophrenie-Verlaufsstudien
erreichten ähnlich lange Beobachtungszeiten. Darüber lag
beispielsweise VAILLIANT (1963), der bei zwölf Patienten
eine Katamnesedauer von durchschnittlich 50 Jahren erziel-
te, oder auch JANZARIK (1963), der im Mittel 35 Jahre er-
reichte. Ohne daß unsere Patienten unter dem Gesichts-
punkt der Katamnesedauer ausgesucht wurden, fanden wir
dennoch bei unserer Patientenstichprobe diese lange Ka-
tamnesedauer. Deshalb schließen wir daraus, daß unter dem
Gesichtspunkt des Krankheitsverlaufes unsere Ergebnisse
gut abgesichert sind. Man mag einwenden, daß die lange
Hospitalisationsdauer der 30 Patienten am Schweregrad
der Krankheit zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ursäch-
lich mitbeteiligt ist. Doch wird unsere Fragestellung da-
von nicht betroffen, weil die Entwicklung prognostischer
Aussagen für den späteren Verlauf etwa aufgrund der in
der Krankengeschichte beschriebenen Initialsymptome oder
der eigenen Beobachtungen nicht der Gegenstand dieser
Arbeit ist. Wir weisen aber auf folgende richtungsweisen-

de Ergebnisse hin. Ganz allgemein und wertfrei ist festzustellen, daß die von uns nachuntersuchten Kranken allesamt nicht nur wegen ihres psychopathologischen Zustandsbildes, sondern auch aufgrund ihres sozialen Verhaltens eine Dauerversorgung benötigen. Immer wieder vertraten einige Autoren die Meinung, daß sich der Zustand schizophrener Kranker mit fortschreitender Krankheitsdauer immer günstiger entwickelt, ja sogar zur Heilung gelangen könne. Auch wir konnten zum Zeitpunkt unserer Nachuntersuchung durchaus bei den meisten Patienten eine gewisse Beruhigung der schizophrenen Psychose, verglichen mit den in den ersten Krankheitsjahren festgestellten Initialsymptomen, beobachten. Allerdings ist keiner der 30 Kranken zu einer selbständigen Lebensführung fähig.

Eine derart günstige Entwicklungstendenz im Alter, wie sie beispielsweise HUBER (20), CIOMPI und MÜLLER (12) oder auch M. BLEULER (6, 7) fanden, konnten wir nicht beobachten. Wir fanden keine "leichten Endzustände" im Sinne der BLEULERschen Definition, und nur bei wenigen Kranken "mittelschwere Endzustände." Die schweren Endzustände waren also durchaus in der Überzahl. Deshalb führen wir die mit zunehmender Krankheitsdauer allgemein eintretende Beruhigung lediglich auf den Altersprozeß zurück.

Nennenswerte Veränderungen, seien es nun Verschlechterungen oder, wie es M. BLEULER in seinen Veröffentlichungen 1972 immer wieder postulierte, Besserungen oder sogar Heilungen, konnten wir keineswegs feststellen. Daß dies für leichtere Fälle zutreffen kann, wollen wir nicht in Abrede stellen. Aber die Aussage über den Verlauf läßt sich in der von den Forschern vorgetragenen Schärfe für die dauerhospitalisierten chronisch kranken schizophre-

nen Patienten nicht belegen. Auch Neubildungen von Symptomen, wie JANZARIK 1957 forderte, konnten wir bei keinem Patienten finden. Vielmehr konnten wir in Einzelfällen, unter Betrachtung des Gesamtverlaufes, ein immer deutlicheres Hervortreten bestimmter Symptome feststellen. Jedoch waren dies keineswegs neue Symptome, sondern zu Beginn der Erkrankung noch weniger stark ausgeprägte Symptome. Wir werden in einem anderen Zusammenhang darauf zu sprechen kommen.

Daß Residualzustände schizophrener Kranker Folge schlechter Pflege sind, wie M. BLEULER noch 1972 mehrfach betonte, dafür gibt es mehrere Gegenargumente. Nur einige möchten wir hier anführen:

1. Es gibt Patienten, die schon mit einer ausgeprägten Residualsymptomatik ins Bezirkskrankenhaus kommen und zwar ohne zuvor längere Zeit psychiatrisch behandelt worden zu sein.
2. Hat sich einmal die Residualsymptomatik herausgebildet (es ist schwierig zu sagen, ab welchem Zeitpunkt dies sein wird), dann bleibt sie bestehen. Und es kommt in der Regel weder zu einer Verbesserung noch zu einer Verschlechterung, abgesehen von den zuvor genannten Altersveränderungen.
3. Ein wesentlicher Punkt, auf den wir in unserer Arbeit einzugehen haben, ist, daß die Residualsyndrome unserer Patienten nicht gleichartig sind. Es lassen sich sehr wohl Typen unterscheiden, die mit dem Krankheitsverlauf zusammenhängen. Bezüglich des Merkmales Hospitalisation sind alle unsere Patienten zwar identisch, aber der Krankheitsverlauf und die Residualzustände sind verschieden. Wir schließen daraus, daß der Krankheitsverlauf und die Art des Residualzustandes nichts mit der Tatsache der Hospitalisation zu tun hat. Auch

möchten wir an dieser Stelle hervorheben, daß, entsprechend unserer Beobachtungen, Schwestern, Pfleger wie auch Ärzte sehr um die Kranken bemüht waren, diese genaue kannten und mit viel Engagement pflegten und therapierten. Aber dennoch, bei allen nachuntersuchten Patienten mussten wir eine ausgeprägte Residualsymptomatik feststellen. Die von BLEULER formulierte Aussage bezüglich der Residualzustände erscheint uns deshalb zu pauschal zu sein und wird auch von den Tatsachen nicht gestützt.

Auch die Auffassung M. BLEULERS, daß eine "Katastrophenschizophrenie", also schwerste chronische Zustände, die nach kurzem akutem Beginn auftraten, seit Mitte des Jahrhunderts nicht mehr beobachtet werden konnte, können wir uns ebenfalls nicht anschließen. Im Gegenteil, wir fanden bei mindestens acht Patienten, nämlich A, B, N. O, V, W, AA und CC, solche "Katastrophenschizophrenien" im BLEULERSchen Sinne. Und der Krankheitsverlauf dieser acht Patienten ist durchaus keine Seltenheit, wenn man den Krankheitsverlauf eines großen Kollektives chronisch kranker Schizophrener betrachtet.

Befinden wir uns schon im Gegensatz zu BLEULER, CIOMPI und MÜLLER, JANZARIK und auch HUBER bezüglich der vorgenannten Auffassungen über die Verläufe schizophrener Kranker, über die eine vorurteilslose Untersuchung chronisch Kranker unmittelbar Auskunft gibt, so ist es nicht verwunderlich, daß wir uns bei der so umstrittenen Frage der Untergruppen von diesen Autoren völlig trennen. Wir erinnern an M. BLEULER, der postulierte, daß sich nur die Minderzahl Schizophrener einer Untergruppe zuordnen lassen. Auch die anderen Forscher hielten eine solche Einteilung für unergründlich und begründeten dies mit der Instabilität, also der Wandelbarkeit der schizophrenen Syn-

drome. So fanden beispielsweise CIOMPI und MÜLLER (12) zuletzt bei noch lediglich 15% ihrer nachuntersuchten Patienten eine deutliche Untergruppensymptomatik. Mit der gleichen Begründung lehnte ja auch HUBER (20, 26) eine derartige Aufteilung ab. Schon E. BLEULER (3) vertrat 1908 diese Meinung, als er schrieb, daß ein als Hebephrenie beginnender Fall einige Jahre später beispielsweise ein Paranoid sein kann. Andererseits postulierte er, daß es für die hebephrene Gruppe keine spezifischen Symptome gäbe. Eine vorurteilslose Betrachtung unserer Patientenbeschreibungen ist mit dieser Ansicht nicht vereinbar. Wir sind überrascht und zugleich erschüttert über die Stabilität der Symptome jedes einzelnen Patienten, auch bei jahrzehntelangen Verläufen. Natürlich ist bezüglich der Gruppierung der Krankheitsverläufe, unter dem Gesichtspunkt der Symptomatik, noch nicht das letzte Wort gesprochen. Unsere Fallbeschreibungen belehren uns aber, daß an der Tatsache, daß die Krankheitsbilder spätestens ab dem sechsten Krankheitsjahr stabil bleiben, nicht zu zweifeln ist. Hier finden wir viele Parallelen zu den LEONHARDSchen Beschreibungen chronisch kranker Patienten im Bezirkskrankenhaus Gabersee aus dem Jahre 1936.

28 der 30 Patienten ließen sich zwang- und mühelos einer einzigen klassischen Untergruppe, entsprechend der LEONHARDSchen Definitionen, zuordnen. Kontrovers gehen unsere Ergebnisse nur bei zwei Patienten, bei denen wir sowohl eine hebephrene als auch paranoide Symptomatik nebeneinander bzw. nacheinander feststellten.

Wir möchten betonen, daß die unter Punkt 4 genannten Diagnosen nicht nur Querschnittsergebnisse darstellen, sondern daß wir bei unseren Diagnosen die Symptomatik des gesamten Verlaufes berücksichtigten. Diese beträgt im Mittel 29 Jahre. Vielmehr haben wir bei der diagnos-

tischen Zuordnung des Krankheitsbildes eines Patienten sämtliche zur Verfügung stehenden Daten und Fakten berücksichtigt. War bei einigen Patienten in den ersten Krankheitsjahren die typische Symptomatik auch noch nicht zweifelsfrei zu erkennen, spätestens ab dem sechsten Krankheitsjahr war diese typische Symptomatik, die die diagnostische Untergruppe bestimmt, deutlich ausgesprägt. Wir wollen nicht leugnen, daß die klaren Ergebnisse unserer Arbeit und auch die scharfen Aussagen, von denen wir uns von anderen katamnestischen Untersuchungen trennen, damit zusammenhängen, daß wir chronisch schwerkranke dauerhospitalisierte Patienten untersucht haben. Wir möchten nicht in Abrede stellen, daß ähnliche Ergebnisse bei leichter kranken Patienten nicht so leicht zu gewinnen sind und, daß dort so manche unserer Aussagen modifiziert werden müssten. Ungeachtet dessen gelten unsere Aussagen für die schwerkranken chronisch schizophrenen Patienten, die zur Zeit in jedem Bezirkskrankenhaus behandelt werden.

Die Symptomatik blieb bei allen Patienten während des Gesamtverlaufes deutlich erkennbar und auch zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung noch klar feststellbar. Dabei bleibt natürlich auch zu bedenken, daß es Verläufe gibt, die dahingehend charakterisiert sind, daß das klinische Bild im Verlauf zwischen zwei Polen schwankt. Bei katatonen Patienten beispielsweise kann während des Krankheitsverlaufes durchaus ein Wechsel gehemmter und erregter Zustände vorkommen. Wichtig ist immer nur, daß man für Verläufe mehrere Jahre im Auge behält und nicht etwa nur Wochen oder Monate.

Erklären können wir uns die vielfach anderslautenden Meinungen nur so, daß diese erwähnten Forscher der immer deutlicher hervortretenden Querschnittssymptomatik zu viel Bedeutung schenkten. Bei Betrachtung der Querschnitts-

symptomatik sind Autismus, Antriebsstörungen, Interessesverlust, Affektstörungen und auch Denkstörungen besonders augenfällig (siehe Tabelle S.112/113). Diese ins Auge springende Symptomatik reicht aber nicht aus für die Untergruppenbetrachtung. So nämlich läuft man leicht Gefahr, die eigentlich typische Symptomatik, d. h. diejenige Symptomatik, die über Jahre hinweg stabil ist, zu übersehen. JANZARIK (39) schreibt dazu beispielsweise, daß "nach jahrzehntelangen Verläufen die proliferierten Endzustände in der Minderzahl sind, uncharakteristische, symptomarme oder überhaupt symptomfreie Spätformen überwiegen und unterschiedliche Ausgangsbilder in gleichartige Verläufe und Endzustände einmünden." Diese Auffassung müssen wir aufgrund unserer Ergebnisse ablehnen. Auch können wir dem Buch von JANZARIK nicht die Daten entnehmen, auf die er sich stützt. Wir vertreten genau die gegensätzliche Ansicht und die Beschreibung jeder unserer Fälle ist ein Beweis dafür. Man mag mit KLEIST und LEONHARD über die Anzahl der Verlaufstypen der Krankheit chronisch Schizophrener uneins sein, aber an der Tatsache, daß es Krankheitsverläufe mit typisch psychopathologischen Bildern und Residualzuständen gibt, kommt man, wie unsere Fallbeschreibungen zeigen, nicht vorbei. Es ist durchaus zuzugeben, daß die Klärung wissenschaftlicher Fragestellungen, die mit Krankheitsverläufen zusammenhängen, sicherlich vom Blickwinkel abhängt, unter dem man die eigens gesammelten oder in der Literatur zur Verfügung stehenden Daten, betrachtet. So gesehen verwundert es nicht, daß die Autoren aus den Krankenakten und aus den Querschnittserhebungen diejenigen Gesichtspunkte auswählen, für die sie sich interessieren und andere vernachlässigen. Die Autoren, die dies bezweifeln, haben einfach die Längsschnittsymptomatik in ihren Fallbeschreibungen nicht vorgelegt. Wir nennen

beispielsweise nur die Fallberichte HUBERs, die in der Regel aus nur wenigen Zeilen bestehen und nur selten einmal über eine halbe Seite hinausgehen. Hätten auch wir der Querschnittssymptomatik hauptsächliche Bedeutung beigemessen, wären wir wahrscheinlich zu Ergebnissen gekommen, die mit denen der zitierten Forscher vergleichbar wären. Daß man aber mit einem solchen Vorgehen nicht weiterkommen kann, zeigt z. B. Fall X unseres klinischen Teiles. Zwar lebt die Patientin vollkommen autistisch und kontaktlos vor sich hin, auf Ansprache jedoch ist durchaus ein Kontakt mit ihr herstellbar, auch ist sie dann bereit zu sprechen. Eine detaillierte Beurteilung des Befundes ist somit möglich. Natürlich waren auch die der Krankenakte zu entnehmenden Daten von großem Wert. Vielerlei solcher Beispiele ließen sich mühelos anführen. Auch wollen wir an dieser Stelle daran erinnern, daß KRAEPELIN nicht durch die Untersuchungen psychopathologischer Querschnittsbilder, sondern durch die Betrachtung der Krankheitsverläufe die Dementia praecox als Krankheitseinheit gesehen hat und sie von den affektiven Psychosen abgetrennt hat.

Die ausführliche Beschreibung des klinischen Bildes der Patienten in der Umgangssprache ist durch nichts zu ersetzen und schon gar nicht durch Merkmallisten oder Tabellen, wie wir es selbst unter Punkt 4 versucht haben. Tabellarische Symptomenauflistungen werden zwar immer wieder vorgenommen, doch sind sie in dieser Form sicherlich nur von sekundärem Wert. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, daß das Verhalten der Symptome in der Zeit in einer tabellarischen Darstellung naturgemäß verloren geht. Hilfreich sind diese Symptome aber sicherlich als Beleg für die gestellte Globaldiagnose.

Nachdem es uns also gelungen war, die Patienten einer Untergruppe eindeutig zuzuordnen - wir erinnern: Unter-

gruppe bedeutet Verlaufstyp - wurde natürlich auch die Frage der Stabilität bzw. Instabilität der Symptomatik im zeitlichen Verlauf der Erkrankung interessant. Wir gingen ihr nach und fanden dabei folgendes:

Spätestens zu Beginn des sechsten Krankheitsjahres treten keine wesentlichen Zustandsänderungen mehr ein. Im Gegenteil, immer deutlicher stabilisiert sich die Erkrankung, verläuft also relativ gleichförmig. Eine immerwährende Weiterentwicklung der schizophrenen Psychose, wie sie M. BLEULER und andere feststellten, konnten wir nicht sehen.

Die festgestellte Stabilität der Symptomatik trifft bei unseren nachuntersuchten Patienten somit nicht nur für den Gesamtverlauf der Psychose des einzelnen Patienten zu, sondern auch die Art der Symptomatik ist beständig. Die Art und die Konfiguration der Symptomatik in der Zeit bestimmt die diagnostische Untergruppe.

Konnten wir anhand unserer Ergebnisse auf die angesprochenen Fragen eine Antwort finden, so bleiben doch noch viele Einzelheiten offen.

Das komplexe Problem der Stabilität und Wandelbarkeit der Symptome schizophrener Patienten in langen Zeiträumen kann nur mit Hilfe umfangreicher und mühsamer empirischer Untersuchungen geklärt werden. Wir haben versucht zu zeigen, daß die im Umlauf befindlichen Ansichten zu der hier angesprochenen Thematik nur vorläufige, empirisch nicht abgestützte Meinungen darstellen. Die eigentliche Arbeit ist erst noch zu leisten.

6.0.0.0 ZUSAMMENFASSUNG

Obwohl die Verlaufsbetrachtung schizophrener Erkrankungen seit Ende des letzten Jahrhunderts häufig Gegenstand schizophrener Forschung war, sind einschlägige Veröffentlichungen bis heute eher selten geblieben. Auf die wichtigsten, in den letzten 30 Jahren erschienenen, Untersuchungen und die wissenschaftliche Meinung zu diesem Thema bestimmenden Studien, wird in der Einführung der vorliegenden Arbeit hingewiesen. Allerdings werden beim Studium dieser Arbeiten oft ausführliche, für den Leser als Beleg dienende Beschreibungen der schizophrenen Zustandsbilder wie auch des Verlaufes vermißt. Bis auf wenige Ausnahmen fehlen sogar meist exemplarische Beschreibungen, welche die statistisch formulierten Ergebnisse und allgemeinen Auffassungen der Autoren erklären würden. Maßgebend für die Methodik der vorliegenden Verlaufsuntersuchung sind deshalb die ausführlichen Beschreibungen schizophrener Verläufe, wie sie K. KLEIST mit seinen Mitarbeitern und K. LEONHARD vorgelegt haben.

Im Vordergrund unseres Bemühens stand die Absicht, einen Beitrag zu leisten zur Frage der 'Stabilität bzw. Wandelbarkeit schizophrener Verläufe und der Symptomkomplexe in der Zeit' und zwar ungeachtet der vorbestehenden Meinungen. In der Literatur wird von einer dynamischen Wandelbarkeit gesprochen. Konstanz bzw. Stabilität des schizophrenen Verlaufes und der schizophrenen Untergruppen lehnen die meisten Autoren wie z. B. M. BLEULER oder G. HUBER ab.

Weiterhin stellt M. BLEULER fest, daß in der heutigen Zeit die leichten Zustände tendenziös zunehmen, Verläufe dagegen, "die in langdauernde stabile Zustände übergehen"

immer seltener werden. Ebenso stellt er den Sinn einer Zuordnung schizophrener Kranker zu den Untergruppen hebephrener, katatonen und paranoiden Formen in Frage, aufgrund der postulierten Wandelbarkeit der Krankheit. Denn wie er meint, ist eine derartige Zuordnung nur bei den wenigsten Schizophrenen überhaupt möglich. Entsprechend seiner Verlaufsbeobachtungen können sich im zeitlichen Ablauf der schizophrenen Erkrankung bei dem selben Patienten die verschiedensten schizophrenen Zustände einstellen, so daß sich hebephrene, katatone und paranoide Zustände abwechseln bzw. folgen. Deshalb zeige die überwiegende Mehrzahl schizophrener Kranker "eine gemischte Symptomatik und Krankheitsphasen mit verschiedenen Bildern."

G. HUBER, diesbezüglich der gleichen Meinung wie M. BLEULER, behauptet ergänzend dazu noch, daß die zum Beweis einer Schizophrenie notwendigen charakteristischen Symptome nur "in passageren Exazerbationen" auftreten und die uncharakteristischen Verlaufsstrecken bei langjährigen Verläufen bei weitem überwiegen. Die klinischen und psychopathologischen Befunde der vorliegenden Arbeit wurden an 30 chronisch schizophrenen Kranken im Bezirkskrankenhaus Haar gewonnen. Sämtliche Patienten wurden von uns dort auch nachuntersucht. Ziel bei der Auswahl der Patienten war es, aus den langhospitalisierten Kranken eine repräsentative Stichprobe zu bestimmen. Deshalb untersuchten wir Patienten dreier verschiedener Häuser, in denen chronisch schizophrene Patienten behandelt werden.

In unsere Untersuchung wurden nur solche Patienten aufgenommen, die zweifelsfrei an einer Schizophrenie kranken und vorab genau definierte Kriterien erfüllten. Berücksichtigt wurden nur Patienten mit einer mindestens fünfjährigen Krankheitsdauer. Kranke mit einer fraglichen

Erkrankung oder einer Suchterkrankung wurden von vornherein ausgeschlossen.

Die Explorationen, soweit möglich im freien Gespräch gestaltet, führten zunächst Herr WAGNER und ich. Nach einigen Monaten dann folgte eine weitere Exploration jedes einzelnen Patienten, diesmal zusammen mit Herrn Dr. STRAUß. Zuletzt wurden sämtliche Beobachtungen und gewonnenen Informationen hinsichtlich der Ergebnisse gemeinsam geprüft und einer definitiven Beurteilung zugeführt. Die abschließend verfaßten endgültigen Fallbeschreibungen des klinischen Teiles 3.0.0.0 beinhalten allesamt eine Explorationsniederschrift mit kurzer Personenbeschreibung, Befunde bezüglich Psychomotorik, Verhalten und der äußeren Erscheinung des Patienten, weiterhin des Denkens, der Wahrnehmung und der Affektivität. Die einfach formulierte psychopathologische Prüfung des Denkens wurde zur besseren Vergleichbarkeit standardisiert. Zusätzliche Drittauskünfte von Schwestern, Pflegepersonal und Ärzten wie auch direkte Ausschnitte aus dem Explorationsgespräch wurden, soweit vorhanden, in die Beschreibungen eingearbeitet. Nach der Beschreibung der beobachteten Auffälligkeiten folgt ein ausführlicher Auszug aus der Krankenakte, der eine lückenlose Rekonstruktion des Verlaufes aufgrund psychopathologischer bedeutungsvoller Befunde mittels der Beschreibungen und genannten Fakten der Krankenunterlagen zuläßt. Eine knappe Zusammenfassung hinsichtlich gegenwärtigem Zustand, Krankheitsverlauf und der zeitlichen Konfiguration der Symptome schließt die einzelnen Fallbeschreibungen jeweils ab. Berücksichtigt wurden bei den Fallbeschreibungen neben der Langzeitentwicklung der schizophrenen Psychose auch familiäre Belastung und allgemeine Familienverhältnisse, die Persönlichkeitsentwicklung der Patienten, Untergruppen und deren Verlauf

wie auch Hospitalisations- und Überwachungsbedürftigkeit. Ebenso interessierten wir uns für das psychopathologische Zustandsbild der Patienten zur Zeit der katamnestischen Erhebung. Speziell gingen wir der Frage nach, ob unter Betrachtung des Gesamtverlaufes auch retrospektiv die Möglichkeit besteht, eindeutig aufgrund psychopathologischer Symptomatik die Untergruppen, wie auch deren Gestaltung im zeitlichen Ablauf der Erkrankung, zu erkennen. Weitere Beobachtungen zielten auf richtungsweisende Kriterien (Verhalten, Symptome) sowie auf die soziale Entwicklung der Kranken.

Für die Interpretation unserer gewonnenen Daten sei an dieser Stelle nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die von uns ausgewählten Kranken nicht eine Stichprobe aus der Grundgesamtheit aller schizophrenen Patienten darstellt. Vielmehr handelt es sich um chronisch schizophrene Patienten, die aufgrund ihrer Behinderung auf eine Dauerhospitalisierung angewiesen sind. Daten aus den Krankenakten dienten primär zur Auswahl der Kranken mittels der Globaldiagnose Schizophrenie. Das Wesentliche der Datenerhebung unserer Arbeit ist die Ergänzung der Krankenblattunterlagen durch eine ausführliche persönliche Untersuchung der Kranken.

Die durchschnittliche Katamnesedauer unserer 30 nachuntersuchten Kranken zählt mit 29 Jahren sicherlich zu den längsten in der Schizophrenieliteratur beschriebenen. Unter dem Gesichtspunkt des Krankheitsverlaufes sind also unsere Resultate somit gut abgesichert, obgleich unsere Patienten nicht unter dem Aspekt der Katamnesedauer ausgesucht wurden. Ohne dies nun verallgemeinern zu wollen, müssen wir aber feststellen, daß die in unsere Untersuchung aufgenommenen schizophrenen Patienten alle sowohl aufgrund ihres psychopathologischen Zustandsbildes als auch aufgrund ihres per-

sönlichen Verhaltens eine dauernde Behandlung und Versorgung benötigten. Zwar konnten auch wir bei der überwiegenden Mehrzahl der nachuntersuchten Kranken eine gewisse Beruhigung der Psychose, verglichen mit den Initialsymptomen, feststellen, doch fanden wir in der Überzahl der Fälle auch gleichzeitig "schwere Endzustände" im BLEULERSchen Sinne, die dem Kranken eine selbständige und unabhängige Lebensführung leider nicht ermöglicht. Wir führen die allgemein eintretende Beruhigung auf einen normalpsychologischen Prozeß des Alterns zurück. Nennenswerte Zustandsänderungen, Besserungen, ja gar Heilungen, wie M. BLEULER sie fand und auch mehrfach hervorhob, konnten wir nicht finden.

Neubildungen von Symptomen im Verlaufe der schizophrenen Psychosen konnten wir ebenfalls bei keinem Patienten feststellen. Allerdings bemerkten wir bei einigen Kranken ein immer deutlicheres Hervortreten bestimmter, zu Beginn der Erkrankung nur schwach ausgebildeter Symptome, die dann zur Bestimmung der einzelnen Unterdiagnosen sogar wesentlich beitrugen.

Die mehrfache Feststellung M. BLEULERS, schwere Residualzustände schizophrener Kranker seien Folge schlechter Pflege, lassen sich mit wenigen Argumenten widerlegen. Denn einerseits kommen auch Patienten mit ausgesprägter Residualsymptomatik zur stationären Aufnahme, die zuvor nicht oder nur kurzfristig psychiatrisch behandelt wurden. Andererseits ändert sich die einmal herausgebildete Residualsymptomatik entsprechend unserer Beobachtungen nicht mehr, so daß wir auch keine Verschlechterungen mehr feststellen konnten. Schließlich richteten wir in unserer Untersuchung ein besonderes Augenmerk auf die Residualsyndrome unserer Kranken. Dabei konnten wir feststellen, daß diese keineswegs gleichartig waren bei den verschiedenen Kranken, sondern durchaus typologische

* Unterschiede getroffen werden konnten. Somit waren die von uns nachuntersuchten Kranken zwar bezüglich des Merkmals Hospitalisation identisch, keineswegs aber im Zusammenhang mit dem Verlauf der Erkrankung und der Art des Residualzustandes. Die Entwicklung des Residualzustandes hat somit sicherlich nichts mit der Hospitalisation zu tun. Nicht zuletzt führt das ehrliche Bemühen des gesamten Personals und auch das gute Verhältnis zwischen Personal und Patienten eine derartige Behauptung, wie sie M. BLEULER aufstellte, ad absurdum.

Schwerste chronisch schizophrene Zustände, die nach akutem Beginn auftreten, konnte M. BLEULER seit Mitte des Jahrhunderts nicht mehr beobachten. Wir dagegen mußten solche "Katastrophenschizophrenien" in acht Fällen feststellen.

Erstaunlich sind auch unsere Ergebnisse bezüglich der Zuordnung zu den Untergruppen der Schizophrenie, verglichen mit den in der Literatur vorhandenen Meinungen, wie sie beispielsweise bei M. BLEULER, CIOMPI und MÜLLER und auch bei G. HUBER zu finden sind. Geradzu überrascht, wenn auch zugleich tief betroffen, waren wir über die Stabilität der Symptome jedes einzelnen Kranken, selbst nach jahrzehntelangen Verläufen.

28 der 30 nachuntersuchten schizophrenen Kranken ließen sich ohne Mühen in eine der bekannten Unterformen der Schizophrenie einordnen. Die Parallelen zu den Krankheitsbildern, die K. LEONHARD systematische Schizophrenien nennt, sind verblüffend. Dabei zeigten acht Patienten eine hebephrene Form, sieben Kranke waren kataton und 13 der insgesamt 30 Patienten konnten wir der paranoid-halluzinatorischen Untergruppe zuordnen. Nur bei zwei Patienten war uns eine derartige Zuordnung nicht möglich. Ein Patient nämlich bot nacheinander zunächst eine hebephrene, dann eine paranoide Symptomatik. Beim

zweiten Patienten dagegen konnten wir eine Kombination zwischen hebephrenen und paranoiden Verlaufsformen feststellen. Wir möchten noch betonen, daß unsere Diagnosen nicht nur den Krankheitsquerschnitt berücksichtigen, sondern Diagnosen unter Berücksichtigung des kompletten Krankheitsverlaufes darstellen.

Unsere Ergebnisse und gemachten Aussagen sind in vielerlei Hinsicht ergänzungsbedürftig. Modifikationen einzelner Aussagen werden sich sehr wahrscheinlich bei Betrachtung milderer Verlaufsformen schizophrener Krankheiten ergeben. Einwände gegen eine Generalisierung unserer Ergebnisse bezüglich der Krankheiten chronisch schizophrener dauerhospitalisierter Patienten, wie sie in jedem Bezirkskrankenhaus zu finden sind und somit unseren nachuntersuchten Patienten entsprechen, können wir allerdings nicht erkennen.

Ungeachtet der immer gleichbleibenden, während des Gesamtverlaufes deutlich erkennbaren Symptomatik konnten auch wir bei einigen Patienten Schwankungen der Krankheit im Verlauf eruieren. Gerade katatone Formen nämlich können von der erregten in die gehemmte Form wechseln. Die Ausgangsform ändert sich dadurch allerdings nicht.

Typisch psychopathologische Zustandsbilder und typische Unterformen der Schizophrenie erkennt man unseres Erachtens nur dann, wenn man die allgemeinen schizophrenen Symptome wie Autismus, Antriebsstörungen, Affekt- oder Denkstörungen etc. nicht isoliert betrachtet, sondern die für jeden einzelnen Patienten charakteristische Symptomatik erarbeitet und diese einer Bewertung mittels aller zur Verfügung stehenden Daten und Beobachtungen zuführt. Eine summarische Auflistung oder isolierte Betrachtung der bekannten schizophrenen Symptome einer Patientengruppe führt sehr leicht zu dem Trugschluß,

die schizophrene Symptomatik, wie auch die schizophrenen Residualzustände glichen sich alle. Auch die weitverbreitete Meinung der Instabilität der Diagnose einer schizophrenen Untergruppe führen wir auf eine derartige, meist im Längsschnitt gewonnene, Betrachtung zurück. Andererseits bleibt die einmal sich herausgebildete Residualsymptomatik entsprechend unserer Beobachtung über Jahre stabil. Umwelteinflüsse konnten wir hierbei nicht feststellen.

Nur ausführliche und detaillierte, in der Umgangssprache verfaßte, Fallbeschreibungen erlauben eine exakte Beurteilung der Symptomatik und des Verlaufes der Krankheit des einzelnen Patienten. Erst damit war es uns möglich, zu den uns interessierenden Fragen Stellung zu nehmen, wie z. B. zu weiteren Differenzierung der Globaldiagnose Schizophrenie. Detaillierte statistische Auswertungen können dazu nur einen untergeordneten Beitrag leisten, nicht zuletzt deshalb, weil diesen eine wesentliche Dimension verlorenght, nämlich die Zeit.

Wir bemühten uns um derart aussagekräftige Fallbeschreibungen und konnten vier wesentliche Merkmale chronisch schizophrener Kranker erarbeiten:

1. Spätestens ab dem sechsten Krankheitsjahr ist ein gleichförmiger Verlauf der Erkrankung festzustellen. Nach dieser Zeit treten weder wesentliche Besserungen, noch nennenswerte Verschlechterungen auf.
2. 28 von 30 Patienten ließen sich genau einer der drei Untergruppen der Schizophrenie zuordnen.
3. Es besteht eine Stabilität der Symptomatik im Gesamtverlauf der Erkrankung. Die Krankheit jedes einzelnen Patienten ist charakterisiert durch einen typischen Symptomkomplex. Im Verlaufe der Krankheit sind Ab-

schwächungen oder Verstärkungen einzelner Symptome durchaus feststellbar. Aber Symptome verschwinden nicht und neue kommen nicht hinzu.

4. Jeder Patient entwickelt einen typischen Residualzustand und dieser bleibt dann gleich.

Weitere empirische Studien über die Verläufe chronisch kranker hospitalisierter schizophrener Patienten sind notwendig, um die umstrittenen Aussagen und die offenen Fragen zu klären.

7.0.0.0 LITERATURLISTE

1. Benedetti G (1975) Schizophrenie in unserer Gesellschaft. Forschung zur Schizophrenielehre 1966 - 1972. Thieme, Stuttgart
2. Berner P (1972) Paranoide Syndrome. In: Psychiatrie der Gegenwart (H. W. Gruhle, R. Jung, W. Mayer-Gross, M. Müller, Hrsg) Bd. 2, Teil 1, S. 153 - 182, 2. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York
3. Bleuler E (1911) Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig und Wien
4. Bleuler E. (1930) Primäre und sekundäre Symptome der Schizophrenie. Z. ges. Neurol. Psychiat. 124, S. 607
5. Bleuler E (1983) Lehrbuch der Psychiatrie. Neubearbeitet von M. Bleuler. 15. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York
6. Bleuler M (1972) Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Thieme, Stuttgart
7. Bleuler M (1972) Klinik der schizophrenen Geistesstörungen. In: Psychiatrie der Gegenwart (H. W. Gruhle, R. Jung, W. Mayer-Gross, M. Müller, Hrsg) Bd.2, Teil 1, S. 2 - 82, 2. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York

8. Bleuler M (1973) Die Schizophrenien: Die langen Verläufe und ihre Formbarkeit. In: Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen. (G. Huber Hrsg) Schattauer, Stuttgart, New York
9. Bleuler M et al (1976) Der langfristige Verlauf schizophrener Psychosen. Nervenarzt 47, S. 477 - 481
10. Bumke O (1942) Schizophrene Erkrankungen. In: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. (O. Bumke Hrsg) 5. Aufl., S. 532 - 621, Bergmann, München
11. Bumke O (1928 - 1977) Handbuch der Geisteskrankheiten. (O. Bumke Hrsg) Springer, Berlin
12. Ciompi L und Müller C (1976) Lebensweg und Alter der Schizophrenen. (H. Hippus, W. Janzerik, M. Müller Hrsg) Springer, Berlin, Heidelberg, New York
13. Conrad K (1958) Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gesamtanalyse des Wahns. Thieme, Stuttgart
14. Cornu F (1958) Katamnestische Erhebungen über den Verlauf einfacher Schizophrenien. Psychiat. Neurol., Basel 135, S. 129 - 175
15. Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. (R. Deglitz, H. Helmchen, G. Kokott, W. Mombour) 5. Aufl., korrigiert nach der 9. Revision der JCD. Springer, Berlin, Heidelberg, New York

16. Faust C (1941) Die paranoiden Schizophrenien aufgrund katamnestischer Untersuchungen. Z. ges. Neurol. und Psychiat. 172, S. 308 - 393
17. Fleck U (1928) Über Beobachtungen bei alten Fällen von Schizophrenie. Arch. Psychiat. 85, S. 705 - 760
18. Gruhle H. W (1932) Die Schizophrenie. Die Psychopathologie. In: Handbuch der Geisteskrankheiten (O. Bumke Hrsg) Bd. 9. Springer, Berlin
19. Hartmann W (1980) Schizophrene Dauerpatienten. Forum der Psychiatrie (J. Glatzel, H. Krüger, Ch. Scharfetter Hrsg) Enke, Stuttgart
20. Huber G (1961) Chronische Schizophrenie. Synopsis klinischer und neuroradiologischer Untersuchungen an defektschizophrenen Anstaltspatienten. Dr. Hühlig, Heidelberg, Frankfurt
21. Huber G (1964) Neuroradiologie und Psychiatrie. In: Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Bd. I/B: Grundlagenforschung zur Psychiatrie. (H. W. Gruhle u. a. Hrsg) Berlin, Göttingen, Heidelberg
22. Huber G (1968) Zur Frage der Reversibilität im Verlauf von Psychosen. In Situation und Persönlichkeit in Diagnostik und Therapie. Bil. psych. neurol. 137, Basel
23. Huber G (1969) Aktuelle Aspekte der Schizophrenieforschung. In: Schizophrenie und Cyclothymie. Ergebnisse und Probleme. (G. Huber Hrsg) Thieme, Stuttgart

24. Huber G (1973) Verlauf und Ausgang schizophre-
ner Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart, New York
25. Huber G, Gross G, Schüttler R (1979) Schizophre-
nie. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psy-
chiatie (H. Hippus, W. Janzarik, C. Müller Hrsg)
Bd. 21, Springer, Berlin, Heidelberg, New York
26. Huber G, Zerbin-Rüdin E (1979) Schizophrenie.
Erträge der Forschung; Bd. 115. Wissenschaftliche
Buchgesellschaft, Darmstadt
27. Janzarik W (1957) Zur Problematik schizophrener
Psychosen im höheren Lebensalter. Nervenarzt 28;
S. 535 - 542
28. Janzarik W (1959) Dynamische Grundkonstellationen
in endogenen Psychosen. Springer, Berlin
29. Janzarik W (1963) Der Aufbau schizophrener Psy-
chosen in der Längsschnittbetrachtung. Nervenarzt
34. S. 58 - 61
30. Janzarik W (1968) Schizophrene Verläufe. Eine
strukturdynamische Interpretation. Springer,
Berlin, Heidelberg, New York
31. Kleist K (1943) Die Katatonien. D. Nervenarzt 1;
S. 1 - 10
32. Kleist K (1947) Die paranoiden Schizophrenien.
D. Nervenarzt 11; S. 479 - 493
33. Kraepelin E (1909 - 1915) Psychiatrie. 8. Aufl.;
Barth, Leipzig

34. Lawton P (1972) Schizophrenia forty-five years later. J. genz. Psychol. 121; S. 133 - 143
35. Leonhard K (1933) Organisches und Psychogenes bei den schizophrenen Endzuständen. Z. Neurol. 14; S. 555
36. Leonhard K (1936) Die defektschizophrenen Krankheitsbilder. Thieme, Leipzig
37. Leonhard K (1942) Allgemeine Zeitschrift Psychiatrie 120
38. Leonhard K (1948) Grundlagen der Psychiatrie. Enke, Stuttgart
39. Leonhard K (1950) Eine Sippe affektvoller Paraphrenie mit gehäuften Erkrankungen aus Verwandten-Ehen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 184; S. 291
40. Leonhard K (1964) Einteilung und Prognose der endogenen Psychosen. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 178; S. 104
41. Leonhard K (1968) Differenzierte Diagnostik der endogenen Psychosen, abnorme Persönlichkeitsstrukturen und neurotische Entwicklungen. 3. Aufl., VEB, Berlin
42. Leonhard K (1970) Biopsychologie der endogenen Psychosen. Hirzel, Leipzig
43. Leonhard K (1980) Aufteilung der endogenen Psychosen. 5. Aufl., Akademie, Berlin

44. Marinow A (1959) Über den Verlauf und Endzustand bei der Schizophrenie. Psychiat. Neurol. med. Psychol. 11; S. 368
45. Mayer-Gross W (1932) Die Klinik. In: Handbuch der Geisteskrankheiten (O. Bumke Hrsg) Bd. 9, S. 539. Springer, Berlin
46. Minkowski E (1927) La schizophrénie. Psychopathologie des schizoides et des schizophrènes. Payot, Paris
47. Schneider K (1914) Über Wesen und Bedeutung katatonischer Symptome. Z. Neurol. 22
48. Schneider K (1932) Probleme der klinischen Psychiatrie. 8. Aufl.; Thieme, Leipzig
49. Schneider K (1976) klinische Psychopathologie. 11. Aufl.; Thieme, Stuttgart
50. Schultz B, Leonhard K (1940) Erbbiologisch-klinische Untersuchungen an insgesamt 99 im Sinne Leonhards typischen bzw. atypischen Schizophrenien. Z. ges. Neurol. Psychiat. 168; S. 587
51. Schwab H (1938) Die Katatonie aufgrund katamnestischer Untersuchungen. II. Teil: Die Erbllichkeit der eigentlichen Katatonie. Z. ges. Neurol. Psychiat. 168; S. 441
52. Vaillant G. E (1963) The naturel history of the remitting schizophrenias. Amer. J. Psychiat. 120; S. 367 - 376

53. Wernicke C (1906) Grundriß der Psychiatrie. 2. Aufl.; Thieme, Leipzig
54. Wyrsh J (1941) Beitrag zur Kenntnis schizophrener Verläufe. Z. ges. Neurol. Psychiat. 172; S. 797
55. Wyrsh J (1960) Klinik der Schizophrenie. In: Psychiatrie der Gegenwart - Forschung und Praxis. (H. W. Gruhle, R. Jung, W. Mayer-Gross, M. Müller Hrsg) Bd. II; S. 1 - 26. Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg

L E B E N S L A U F

Name: Manfred Vonderschmitt

Wohnort: Schöttlstraße 9, 8000 München 70

Geboren: 27. Oktober 1953 in Herxheim

Schulen: 1960 - 1967 Volksschule in Herxheim

1967 - 1974 Gymnasium in Speyer am Rhein
Abschluß Abitur

Zivildienst: 1975 - 1976 Städtische Kranken-
anstalten in Karlsruhe

Krankenpflege-
tätigkeit: bis Ende 1976 Bezirkskrankenhaus
Haar

1977 - 1980 Chirurgische Privat-
klinik in München

Medizinstudium: Beginn 1979

Universität: Ludwig-Maximilian zu
München

1981 Physikum

1982 Erstes Staatsexamen

1984 Zweites Staatsexamen

1985 Drittes Staatsexamen

Approbation: Dezember 1985

Heirat: mit Regina Müller im Dezember 1985

Herrn Professor H. Hippius danke ich für die Überlassung des Themas.

Besonderen Dank schulde ich Herrn Dr. A. Strauß für die intensive Betreuung bei der Planung, Durchführung und Auswertung der Studie.

Die klinischen Untersuchungen wurden von Mai 1983 bis Januar 1984 im Bezirkskrankenhaus Haar bei München, gemeinsam von Herrn Dr. Strauß, Herrn Wagner und mir, durchgeführt.

Für die Möglichkeit, diese Studie im Bezirkskrankenhaus Haar durchführen zu können, danke ich Herrn Direktor Dr. Schulz, ebenso dem damaligen stellvertretenden Direktor Dr. Bischof, sowie den Ärzten, Schwestern und Pflegeern des Bezirkskrankenhauses. Nicht zuletzt möchte ich auch den Patienten des Bezirkskrankenhauses Haar meinen herzlichen Dank für ihre freundliche Mitarbeit aussprechen.

Gestaltung und maschinelle Niederschrift übernahm meine Schwester, Frau Gerda Zahn, bei der ich mich an dieser Stelle ganz herzlich dafür bedanke.

